Rok L. Kraków, dnia 22. lipca 1911. Nr 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników dobiegł końca. Z radością zapisujemy, że ani poziomem obrad, ani liczbą uczestników, ani zapałem w pracy Zjazd ten poprzednikom swoim nie ustępował, stanowiąc dowód dalszego rozwoju tej koniecznej w naszych warunkach instytucyi i dając świadectwo żywotności i potężnego postępu nauki polskiej.

W hołdzie Zjazdowi złożyliśmy to, cośmy mieli najdroższego, święto półwiekowej działalności »Przeglądu lekarskiego«. Było ono takiem, jakiem pragnęliśmy je widzieć: uczczeniem pracy pokoleń przeszłych, uczczeniem tej gwiazdy przewodniej, w którą wpatrzeni brali się założyciele naszego pisma do dzieła; było świętem tryumfu idei. Ale niespodziewanymi zgoła swymi rozmiarami, ale powszechnym udziałem całej Polski, ale tem serdecznem ciepłem, które »Przeglądowi« niesiono w darze, dowiódł obchód jubileuszowy, że trud i znój pokoleń przeszłych zjednał dla ich dzieła miłość równą ich zapałowi, większą od ich własnych może marzeń. To złoty plon, godny, by doń dążyli ci, którym w przyszłości na temsamem polu pracować przyjdzie. Oby to dla nich było nauką, pobudką i otuchą.

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dr L. Popielskiego we Lwowie.

W sprawie fizyologicznego działania wyciągu z przysadki mózgowej

(hypophysis cerebri).

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

Większe zajęcie się przysadką mózgową widzimy dopiero od r. 1888, t. j. od chwili, gdy P. Mariemu [1]) udało się wykryć pewien związek, istniejący pomiędzy zmianami chorobowemi w tym gruczole, a obrazem chorobowym, znanym pod nazwą akromegalii. Zaczęto badać tak w formie ostrej, jak i przewlekłej, wpływ na ustrój z jednej strony podrażnienia mechanicznego, względnie ucisku, jakoteż zupełnego usunięcia przysadki mózgowej, z drugiej zaś strony wpływ wyciągów z przysadki mózgowej przy wprowadzaniu ich śródżylnem, podskórnem i śródotrzewnem W niniejszej pracy poddałem zbadaniu tylko wpływ wyciągów z przysadki mózgowej przy zastosowaniu śródżylnem w ostrych przypadkach.

O ile mi wiadomo, K. Hedborn [2]) zauważył pierwszy, że glicerynowowodny wyciąg z przysadki mózgowej wywołuje zmniejszenie ilości przy jednoczesnem zwiększeniu się wielkości fal uderzeń serca wyosobnionego. Dane te zostały następnie potwierdzone przez W. Howella [3]) i Cleghorna [4]). Co do serc zaś zwierząt zimnokrwistych, to te, jak okazały badania Heringa [5]), zachowują się wobec wyciągu z przysadki mózgowej wcale odmiennie. A mianowicie przy przepuszczaniu wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej wołu przez wyosobnioną komorę serca żaby daje się zauważyć przyspieszenie i wzmożenie się jej skurczów. Przy zastosowaniu mocniejszych rozczynów otrzymujemy niezupełny rozkurcz, wskutek czego przy dłuższem przepuszczaniu takich wyciągów skurcze stają się drobne i nieprawidłowe i serce zatrzymuje się w skurczu. Po wprowadzeniu śródżylnem wyciągu z przysadki mózgowej żabom ze zniszczonymi ośrodkami mózgowymi uderzenia serca stają się wolniejsze i mniejsze. Po wprowadzeniu atropiny działanie wyciągu z przysadki mózgowej znika. W. Howell [3]) spostrzegał zwykle po śródżylnem wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej zwierzętom ciepłokrwistym przy nieuszkodzonych nerwach błędnych wzmożenie i zwolnienie tętna, po przecięciu zaś nerwów błędnych charakter krzywej tętna pozostawał bez zmiany, jeno ciśnienie krwi nieco się podnosiło. Podniesienie ciśnienia krwi i zwolnienie tętna spostrzegał także i Ch. Livon [6]), i z tego powodu zaliczył przysadkę mózgową do tak zwanych narządów hypertensywnych. Pracując dalej w tym kierunku, wykazał Livon [7]),

że wprowadzenie śródżylne wyciągu z przysadki mózgowej przy nieuszkodzonych nerwach błędnych wywołuje znaczne podniesienie ciśnienia krwi, zwolnienie tętna i ogólne wzmożenie działalności serca, wprowadzenie atoli tego wyciągu po uprzedniem przecięciu nerwów błędnych wywołuje tylko podniesienie ciśnienia krwi bez jakichbądź zmian w działalności serca. Co do tego zaś, jaka część przysadki mózgowej wywiera wpływ taki na ciśnienie krwi, jest Livon [8]) tego przekonania, że przednia część przysadki mózgowej nie wywiera żadnego wpływu na ciśnienie krwi, wywiera go tylko tylna część — nerwowa, a może nawet, jak to twierdzi Silvestrini, czynne ciało znajduje się jeno w tak zwanej części kołonerwowej. W warunkach prawidłowych przysadka mózgowa wywiera swój wpływ na ustrój za pośrednictwem dróg nerwowych, o czem można wnosić z tego, że po przecięciu tych dróg zwierzęta zwykle giną, natomiast przecięcie odpowiednich naczyń znoszą względnie dobrze. E. A. Schaefer i S. Vincent [9]) po śródżylnem wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej zwierzętom, znajdującym się w uśpieniu morfinowo-kurarowem, otrzymali odrazu szybkie podniesienie się ciśnienia krwi, które jednak stosunkowo prędko powróciło do poziomu prawidłowego. Niewielkie zwiększenie fal widać tylko na jednej (N 3) z przytoczonych krzywych tętna. Powtórne wprowadzenie takiego samego wyciągu wywoływało zwykle na razie obniżenie ciśnienia krwi, a potem podniesienie nawet wyżej poziomu prawidłowego, do którego wszakże wkrótce powracało. E. Cyon [10]), zajęty fizyologią gruczołu tarczowego, zauważył, że istnieje poniekąd związek między gruczołem tarczowym a przysadką mózgową, przyczem przysadka wydziela ciało, zawierające fosfor, i działające na serce i naczynia, podobnie jak jodotyryna. Wprowadzając do krwi co 3 minuty wyciąg z całej przysadki mózgowej, otrzymywał Cyon [11]), bezpośrednio po wprowadzeniu wyciągu, coraz to większe obniżenie ciśnienia krwi (krzywe Nr 2, 3 i 4). Jak widać z krzywej Nr 12, charakterystyczne dla przysadki mózgowej fale tętna tak zwanego »Actionspuls« czyli tętna czynnego, ustępują od czasu do czasu miejsca tętnu przyspieszonemu. Tętno czynne spostrzegał także Cyon po porażeniu atropiną nerwow błędnych i hamujących w doświadczeniu na psie z wolem (Nr 3), również nie przerwała atropina tętna czynnego w innem doświadczeniu na króliku pomimo zupełnego porażenia nerwów błędnych. W innym zaś przypadku po wprowadzeniu wyciągu ze świeżej cielęcej przysadki mózgowej spostrzegano jeno podniesienie ciśnienia krwi bez żadnych zmian tętna (dośw. Nr 6 na króliku z wolem). Na mocy tych doświadczeń doszedł Cyon do wniosku, że po wprowadzeniu wyciągu z przysadki mózgowej spostrzega się tętno czynne niezależnie od tego, czy nerwy błędne są całe lub przecięte lub też podrażnione; atropina zaś również niezawsze może przerwać tętno czynne. Schaefer i Vincent [9]) znaleźli już dawniej, że czynne ciała znajdują się tylko w tylnej części przysadki mózgowej, przyczem jedno z nich, rozpuszczalne w wodzie, wyskoku i eterze, łatwo poddaje się dyalizie, drugie natomiast, rozpuszczalne tylko w wodzie, z trudnością poddaje się dyalizie; oba zaś jednakowo dobrze znoszą ciepłotę wrzenia wody. Według badań Cyona [12]) pierwsze z tych ciał wywołuje zmniejszenie się ilości uderzeń serca i dwie fale tętna wskutek podrażnienia nerwów błędnych i hamujących, drugie zaś — wywołuje podniesienie ciśnienia krwi i przyspieszenie tętna wskutek podrażnienia nerwów zwężających naczynia i przyspieszających. Po wprowadzeniu śródżylnem wyciągu z przysadki mózgowej każde z tych ciał stara się wziąć górę nad drugiem, o czem można wnosić z tego, że na krzywej tętna widzimy co pewien czas, jak tętno czynne ustępuje miejsca tętnu drobnemu i przyspieszonemu przy nieco podniesionem jednocześnie ciśnieniu krwi. Pierwsze ciało działa ośrodkowo, drugie — obwodowo [13]). Różnica pomiędzy dwoma temi ciałami daje się zauważyć jeszcze i w stosunku ich do atropiny, a mianowicie: na pierwsze atropina nie działa, wówczas, gdy działanie drugiego atropina znosi. Na mocy pewnych doświadczeń twierdzi Cyon, że drugie ciało działa na nerwy błędne do pewnego stopnia tak, jak i atropina. Co do ciała zaś pierwszego, to różnica pomiędzy jego działaniem na krzywą tętna, a podrażnieniem nerwów błędnych polega na tem, że przy podrażnieniu nerwów błędnych otrzymujemy zwolnienie tętna i spadek ciśnienia krwi, natomiast po wprowadzeniu wyciągu z przysadki mózgowej spostrzegamy również zwolnienie tętna, lecz naodwrót, podniesienie się ciśnienia. Spostrzegane jednak po powtórnem wprowadzeniu wyciągu z przysadki mózgowej rychło przemijające obniżenie ciśnienia krwi występuje, zdaniem Cyona, bez względu na to, jakie ciało zostało powtórnie wprowadzone: pierwsze lub drugie. Cyon nazwał pierwsze ciało z powodu jego swoistego działania hipofizyną (hypophysinum); działanie hipofizyny, jak twierdzi Cyon, trwa godzinami i ma na celu utrzymać napięcie nerwów błędnych i hamujących przeciwko różnym szkodliwym wpływom, jako to: atropiny, jodku sodu i innych t. p. Zadaniem zaś drugiego ciała jest utrzymywać w napięciu drobne naczynia mózgowe J. Parisot [14]), wprowadzając do krwi królikom rozmaite ilości wyciągu z przysadki mózgowej, znalazł, że wyciąg z jednej przysadki mózgowej królika (0·04 — mała dawka) wywołuje tylko zmiany w krążeniu, jakie zaś, autor ten niestety nie wskazuje. Średnie dawki — z 6 przysadek mózgowych (0·2—0·25) — oprócz zmian w krążeniu wywołują jeszcze na razie zwolnienie, a potem przyspieszenie oddechu, drgawki, a następnie przygnębienie, senność i po kilku godzinach śmierć. Duże dawki — z 10 przysadek mózgowych (0·4—0·5) — zabijają królika odrazu. Według spostrzeżeń V. de Bonis i V. Susanna [15]) wyciąg z tylnej części przysadki mózgowej wywołuje zwężenie wszystkich naczyń wyosobnionych, bądź to tętnic, bądź żył. Różnica atoli pomiędzy działaniem tego wyciągu, a działaniem adrenaliny polega, zdaniem tych autorów, tylko na stosunku do tętnic wieńcowych, które adrenalina rozszerza, a wyciąg z przysadki mózgowej zwęża. Podobieństwo jednakże między działaniem wyciągu z przysadki mózgowej i działaniem adrenaliny (podniesienie ciśnienia krwi, rozszerzenie źrenic, cukromocz i t. d.) jest tylko fizyologiczne, ponieważ oba te ciała posiadają wcale różne własności chemiczne, albowiem wyciąg z przysadki mózgowej nie daje żadnego właściwego adrenalinie odczynu chemicznego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O oddziaływaniu redukcyjnem podwójnem na cukier gronowy.

(Rzecz wypowiedziana na I. Zjeździe lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego w Łodzi w d. 5 czerwca r. b. wraz z pokazem odczynu).

Napisał

E. Sonnenberg (Łódź).

Rzecz, którą mam zaszczyt tu przedstawić, stanowi spostrzeżenie, które zrobiłem niedawno, a które — przynajmniej w obecnem opracowaniu — niema pretensyi do znaczenia klinicznego, stanowi jedynie ciekawe zjawisko. Dotyczy ono próby na cukier, którą nazwę oddziaływaniem redukcyjnem podwójnem na cukier gronowy.

Spostrzeżenie to zrobiłem, wychodząc z następującego założenia:

Ponieważ do zredukowania soli miedzi w rozczynie alkalicznym, w obecności cukru gronowego, wystarcza ciepłota niższa od tej, jaką stosujemy przy redukowaniu soli bizmutu, przypuszczałem, że w mieszaninie rozczynów alkalicznych tlenków miedzi i bizmutu, oba odczyny przy stopniowem ogrzewaniu powinny przebiegać nie jednocześnie, co znów, wobec charakterystycznego dla każdego z odczynów zabarwienia, pozwoli je z łatwością rozróżnić, zwłaszcza, jeżeli się uda ustosunkować ilość soli miedzi i bizmutu w ten sposób, że po całkowitem odtlenieniu miedzi przez cukier starczy jeszcze materyału odtleniającego, t. j. nie zmienionego jeszcze cukru, dla znajdującego się w rozczynie bizmutu. Moje apriorystyczne przypuszczenia znalazły najzupełniejsze potwierdzenie w wielokrotnie powtórzonych doświadczeniach.

Przejdę obecnie do rzeczy.

Jeżeli do rozczynu cukru w wodzie przekroplonej dodamy $^1/_{10}$ jego objętości odczynnika Nylandera[1]) oraz połowę tej objętości 25% rozczynu siarczanu miedzi i wszystko to razem wlejemy do próbówki lub kolbki erlenmeyerowskiej z korkiem i szeroką długą rurą, służącą za chłodnicę i zaczniemy ogrzewać, zauważymy co następuje: Ogrzewany płyn żółknie jeszcze przed zagotowaniem i stopniowo przybiera barwę cytrynowo-żółtą, która w miarę ogrzewania przyjmuje kolor pomarańczowo-czerwony. Zabarwienie to utrzymuje się stosunkowo dosyć długo i po pewnym czasie — jeszcze przed zagotowaniem — zaczyna zwolna znikać: płyn staje się brudno-szarym, następnie brunatnym, poczem coraz więcej ciemnieje, przykrywa pierwotną barwę czerwoną i wreszcie, po minucie gotowania, staje się zupełnie czarnym.

Pierwsze zabarwienie jest nam dobrze znane z oddziaływania Trommera i Fehlinga na cukier gronowy, drugie z odczynu Nylandera. Szczegółem, zasługującym tu na uwagę, jest fakt kolejnego, w porządku podanym, występowania zjawiska odtleniania soli miedzi i soli bizmutu w rozczynie alkalicznym, przyczem odtlenienie soli miedzi zawsze występuje wcześniej od redukcyi soli bizmutu.

Powyższe doświadczenia robiłem przedewszystkiem z rozczynami cukru gronowego w wodzie przekroplonej o rozmaitem stężeniu, a więc z rozczynami 0.0, 1%, $2^1/_2$%, 5%, 10%, 15% i 20% i zauważyłem, że przy zachowaniu wspomnianego stosunku ilościowego odczynników do płynu obie fazy odczynu przebiegały bardzo wyraźnie, o ile zawartość cukru w wodzie nie była mniejszą niż $^1/_2$%. Zawartość cukru poniżej tej liczby już nie dawała podwójnego odziaływania, płyn jedynie stawał się żółtym i przy gotowaniu nie ciemniał.

Przejdę obecnie do doświadczeń, które robiłem z moczem osób, dotkniętych cukrzycą. Zauważę jednak nawiasowo, iż ze spostrzeżeń nad wodnymi rozczynami nie wolno bezpośrednio wysnuwać wniosków o zachowaniu się moczu względem tych samych odczynników, dlatego, że mocz jest bardziej czuły na działanie tych odczynników, aniżeli rozczyny wodne, ponieważ znajdujące się w moczu organiczne ciała działają prawdopodobnie pobudzająco, to jest odgrywają tu rolę katalizatorów.

W doświadczeniu z moczem cukrzycowym zauważyłem: Przy małych ilościach cukru w moczu obie fazy odczynu, t. j. miedziowa i bizmutowa, przebiegały wyraźnie. Gdy mocz zawierał większą ilość cukru, obie fazy odczynu przebiegały mniej wyraźnie: w pierwszej fazie mocz, pozostając przezroczystym, przybiera barwę czerwoną, a w drugiej — kolor ciemno-brunatny, czekoladowy. Dopiero po rozcieńczeniu moczu o dużej zawartości cukru wodą przekroploną, naprzykład, 10-krotnem, obie fazy odczynu przebiegały w wyżej opisany sposób, przyczem charakterystyczna gra kolorów i kolejność ich występowania dawała zupełnie ten sam obraz, który opisałem przy stosowaniu próby z rozczynem wodnym[2]). Gdy mocz, zawierający większą odsetkę cukru, rozcieńczałem wodą jeszcze mocniej, naprzykład 100-krotnie, płyn przed zagotowaniem stawał się żółtawym i takim pozostawał i po zagotowaniu; do drugiej fazy (bizmutowej) już nie dochodziło. To samo zauważyłem, gdy mocz (nierozcieńczony) zawierał tylko ślady cukru. Widocznie więc cukru, jako materyału odtleniającego, starczyło tu tylko do zredukowania soli miedzi.

Z powyższego wyprowadzam następujące wnioski:

1) Znajdujący się w mieszaninie rozczynów alkalicznych tlenków miedzi i bizmutu cukier gronowy wcześniej przy ogrzewaniu odtlenia sole miedzi od soli bizmutu.

2) Przy zastosowaniu pojedynczego zabiegu, przy pewnem ustosunkowaniu ilościowem miedzi i bizmutu w rozczynie alkalicznym otrzymujemy podwójne oddziaływanie na cukier, przyczem odczyny: miedziany i bizmutowy następują kolejno po sobie, w pewnym odstępie czasu.

3) Z moczem, w którym przypuszczamy obecność cukru, należy omawianą próbę wykonać dwukrotnie: raz — z nierozcieńczonym, drugi raz — z rozcieńczonym, naprzykład, 10-krotnie.

---

1) Odczynnik Nylandera składa się z 2 gramów Magist. bismuthi, 4 gr. soli Seignettea i 100 gr. 8% rozczynu wodanu sodu.

2) Mniej wyraźny odczyn w moczu o większej zawartości cukru znajduje wyjaśnienie w spostrzeżeniu, zrobionem przezemnie w roku ubiegłym, dotyczącem próby Nylandera, a mianowicie, że w płynach zawierających więcej niż 5% cukru gronowego odczynnik Nylandera staje się nieczynnym, ponieważ — jak to bywa w wielu innych przypadkach — obecność znacznej ilości ciał organicznych uniemożliwia tworzenie się osadu mineralnego, tym razem produktu redukcyi soli bizmutowej (Dr E. Sonnenberg i Dr A. I. Goldsobel: »O t. zw. reakcyi Nylandera na cukier gronowy« »Kosmos« Lwów 1910. XXXV).

Dwukrotne wykonanie tej próby pozwoli w przybliżeniu wnosić o większej lub mniejszej zawartości cukru w moczu. Jeżeli odczyn nie przebiega wyraźnie z moczem nierozcieńczonym, a występuje natomiast wyraźnie, gdy mocz jest rozcieńczony, świadczy to o większej zawartości cukru w moczu.

4) Występowanie tylko jednego odczynu miedziowego w moczu nierozcieńczonym świadczy o bardzo małej zawartości cukru w moczu [3]).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

A. N. Serebrennikow. **O środkach przeczyszczających.** (Medicinsk. Obozr. 1911 Nr 8). Zastanawiając się szczegółowo nad mechanizmem aktu defekacyi, dochodzi autor do wniosku, że wszystkie te środki, które będą pobudzać zwoje Auerbacha lub zakończenia n. błędnego, pobudzą jednocześnie ruch robaczkowy. Ruch robaczkowy wzmoże się, jeśli uda się osłabić pobudliwość n. trzewnych. Ale ponieważ w ruchu robaczkowym niepoślednią rolę grają i mięśnie gładkie jelit, więc środki, które pobudzą tkankę mięsną, powiększą też ruch robaczkowy. Autor pomija takie środki jak nikotyna, pilokarpina, muskaryna, fizostygmina, arekolina i inne, dlatego, że dawkowanie ich jest trudne, a uboczne działanie niepożądane. S. dzieli wszystkie środki, przeczyszczające na trzy kategorye: glukozydy, sole alkaliczne i obojętne tłuszcze. Do pierwszej kategoryi zalicza te środki, w których jest kwas konwolwulinowy lub do niego podobny. Dla uwolnienia tego kwasu potrzebne są: działanie trzustki i wydzielina jelit cienkich. Do tej kategoryi zalicza S. podofilinę, kolocyntynę, ewoniminę, jalapinę, skammonium; tu należy także olej rącznikowy i krotonowy. Środki te działają prędko; ponieważ unoszą z sobą sok jelitowy i miazgi pokarmowe, nie powinny być często stosowane. Druga kategorya środków działa na jelita grube. Tu należą niektóre rośliny, zawierające kwas katartynowy i chryzofan. Katartyna daje pochodne antracenu, który stoi w blizkiem powinowactwie z antrachinonem; dlatego te środki mogą być rozpatrywane, jako pochodne antracenu, i działają na jelito grube. Z tych środków należy podnieść emodynę (tri-oksy-metyl-antrachinon) i związki o charakterze glikozydowym, które drogą hydrolizy i utleniania przechodzą w różne emodyny i chryzarobinę, która przy utlenianiu przechodzi w kwas chryzofanowy. Czynne emodyny spotykamy przy rozszczepieniu glikozydów senesu, kaskary, rzewienia, kruszyny, aloesu, środki te działają powolniej i nie sprawiają zaburzeń, (nie szkodzą ekonomii ustroju). Do syntetycznie otrzymanych środków tej grupy należą: emodyna, purgosyna, eksodyna, mukogen, purgen, aperitol, dwuwaleryanowy ester fenolftaleiny. Do trzeciej kategoryi należą: sól glauberska i sól gorzka ($Mg So_4$), które trudno dyffundują, trudno wchłaniają się, wiążą wodę, zwiększają dlatego ilość płynów w jelitach. Klinicznie używamy dla: wydalenia szkodliwych czynników, (z wyjątkiem otrucia fosforem, santonin, filizyną), oleju rącznikowego; potem siarczanów, jako przeciwieństwa baru, ołowiu, fenolu; przy przewlekłych zaparciach wszystkich środków, działających na okrężnicę, także aloesu; przy otłuszczeniu, wysiękach, obrzękach — siarczanu magnowego; kalomelu w chorobach zakaźnych. W końcu pracy wspomina S. o hormonie Starlinga, jako o fizyologicznym środku regulującym, ale zastosowanie jego należy do przyszłości. Tomasz Cichocki.

J. E. Majzel. **Lecznicze znaczenie nakłucia lędźwiowego przy zapaleniu opon mózgowych.** (Medic. Obozr. 1911 Nr 71). Autor, rozpatrując piśmiennictwo, dochodzi do wniosku, że jedni uważają nakłucie za środek radykalny, drudzy widzą w tym zabiegu środek tylko łagodzący, inni nię przyznają mu żadnej wartości. Autor dokonał nakłucia u 22 chorych, a mianowicie w 20 przypadkach gruźlicy opon mózgowych i w 2 przypadkach nagminnego zapalenia; wszystkie przypadki zakończyły się śmiercią, z wyjątkiem jednego, w którym było nagminne zapalenie opon mózgowych; ciśnienie w tym przypadku nie było podniesione. Tomasz Cichocki.

W. Woltke. **W sprawie leczenia choroby surowiczej.** (Medicin. Obozr. 1911 Nr 8). Autor w krótkości rozpatruje prace Nettera, Bligda i Gewina, dotyczące tej sprawy i przytacza własnych 35 przypadków płonicy u dzieci, u których jednocześnie z surowicą stosowano sole wapna (calcium carbonicum praecipitatum, calcium citricum i calcium lactricum solutum). W 20% była pomimo to choroba surowicza. Autor nie wysnuwa stąd kategorycznych wniosków, sądzi jednak, że sole wapna zmniejszają nasilenie choroby, nie usuwając jej. Tomasz Cichocki.

W. Zylińska. **Ustrój kobiecy a choroby śledziony.** (Med. Obozr. 1911 Nr 8). Ż. zauważyła, że u kobiet w porównaniu z mężczyznami choroby śledziony przeważają w 78·7%; na podstawie piśmiennictwa i danych z biologii dochodzi Ż. do wniosku, że istnieje jakiś związek między chorobami śledziony a menstruacyą, na dowód czego przytacza 4 historye chorób, z których widać ścisłą zależność między przekrwieniem śledziony, miesiączkowaniem, oraz statystykę Branchiego, z której widać zależność między powiększeniem śledziony, a ciążą. Istoty samego zjawiska Ż. nie tłómaczy: potrzebne są dalsze spostrzeżenia.

Tomasz Cichocki.

I. Zawadzki. **Autoseroterapia zapaleń opłucnej.** (Russk. Wracz 1911 Nr 18). Od r. 1894, kiedy Gilbert pod wpływem prac Debova i Ramonda zaproponował nowy sposób leczenia zapaleń opłucnej zapomocą autoseroterapii, przytoczono w piśmiennictwie około 300 przypadków zastosowania tej metody z wynikiem przeważnie dodatnim. Z. zastosował autoseroterapię ogółem u 38 chorych i porównawszy historyę ich chorób z 86 historyami chorych, leczonych w inny sposób, doszedł do następujących wniosków: 1) Autoseroterapia nie skraca okresu gorączkowego, 2) nie przyspiesza okresu wessania wysięku, 3) nie chroni od nawrotu i rozprzestrzenienia się zapalenia na inne błony surowicze, 4) niema znaczenia rozpoznawczego, 5) nie wpływa na przebieg gruźlicy płuc. Prócz faktycznych danych odniósł autor ogólne wrażenie również ujemne (w jednym przypadku rozwinęła się gruźlica prosówkowa).

T. Makowski.

J. A. Kałacznikow. **Przypadek niedokrwistości śledzionowej (anaemia splenica adultorum, splenomegalia idiopathica) wywołany przez pasorzyty Leishman-Donovana.** (Med. Obozr. 1911 Nr 7). Autor opisując przypadek chorobą, znaną w Indyach pod nazwą »kala-azar« i spotykanej na Ceylonie, na Filipinach, w Arabii, Tunisie, Algierze, Sudanie, na Krecie, w Chinach, we Włoszech, a które ostatnimi czasy spostrzegano w Turkiestanie i w Rosyi w gubernii Mohilowskiej, przytacza swój własny przypadek tej choroby. Przypadek ten dotyczy 37-letniego mężczyzny z Tomska (wszystkie przypadki dotąd znane dotyczyły dzieci, najstarszy chory liczył 18 lat) Choroba rozpoczęła się w 12 roku życia obrzękiem całej skóry, obrzęk ten trwał miesiąc.

[3]) Zaleca się następujący praktyczny sposób wykonywania omawianego odczynu:
Do małej kolbki erlenmeyerowskiej z korkiem gumowym i długą rurą szklanną, służącą za chłodnicę, wlać należy 20 cm. moczu, 2 cm. odczynnika Nylandera i 1 cm. 25% rozczynu siarczanu miedzi i ogrzewać (mocz nierozcieńczony). Gdy pragniemy mocz roczieńczyć, wlewamy do kolbki: 2 cm. odczynnika Nylandera, 1 cm. 25% siarczanu miedzi, 2 cm. moczu i 18—20 cm. wody przekroplonej i ogrzewamy.

Potem zjawiały się ropnie, które powtarzały się w ciągu 5 lat. W 27 roku życia znowu ropnie nad kością biodrową i z wewnętrznej strony uda, trwające z przerwami do r. 1909. W 30 roku życia napady zimnicy. W r. 1909 leżał chory miesiąc w klinice z następującymi objawami: ogólny obrzęk, przetoki nad kością biodrową, powiększenie serca, »suche furczenia w płucach«, śledziona powiększona, ślady białka w moczu; ilość czerwonych ciałek 1.550.000, białych 2.450: Hb = 14, ciepłota 37—38.1. W r. 1910 w maju tesame objawy i krwotok z nosa i z guzów krwawniczych; ilość ciałek czerwonych = 1.150.000; białych = 2.500; Hb = 11% (Sahli); neutrofilów = 59·4%; eozynofilów 1·82: limfocytów 25·4%; jednojądrzastych = 6·7%; przejściowych 6·7%. Śmierć przy objawach wzmagającego się osłabienia serca. W preparatach drobnowidowych ze krwi, śledziony, szpiku kostnego znaleziono pasorzyty Leishman-Donovana.

Tomasz Cichocki.

W. Zasidatel. **Zatrucie tytoniowe w związku z nauką o angioneurozach i chorobą Raynauda.** (Wracz. Gaz. 1911 Nr 16, 17, 18). Autor zwraca uwagę, że dym tytoniowy może wywierać działanie prawie na wszystkie narządy ustroju, a więc: wywołuje próchnienie zębów, zapalenie dziąseł, zapalenie jamy ustnej (leukoplakię u chorych na przymiot), brak apetytu, zgagę, uczucie ciężaru, kurczowe bóle w nadpępczu i jelitach, silne ruchy robaczkowe kiszek (biegunka), zwiększenie wydzielania soku żołądkowego z równoczesnem osłabieniem jego działania; największe jednak zmiany dają się zauważyć w układzie krwionośnym (»tabacco heart« Anglików i »angine de poitrine spasmo-tabagique« Hucharda); bicie serca, arytmia, duszność, uczucie ciśnienia w okolicy serca, są to przejawy zatrucia tytoniem, znikające wraz z zaniechaniem palenia. Jeżeli na te objawy zatrucia tytoniowego nie zwracać należytej uwagi, to stopniowo rozwijają się zmiany anatomiczne z objawami prawdziwej dusznicy bolesnej (angina pectoris, claudication intermittente du coeur) Miażdżycowe zmiany naczyń pod wpływem tytoniu stwierdzono doświadczalnie (między innemi praca Żebrowskiego). Dym tytoniowy działa także na narząd słuchowy (zawroty głowy, szum w uszach, nawet zapalenie nerwu słuchowego). Ze strony oczów opisano niedowidzenie, przy którem nie można było wykryć innych zmian prócz skurczu naczyń ocznych. Działanie zatrucia tytoniowego na ośrodki nerwowe jest nadzwyczaj różnorodne, zależne od indywidualnych właściwości osobnika i cechuje się krótkotrwałością objawów i skłonnością do znikania ich natychmiast po zaniechaniu palenia, jeżeli tylko zatrucie nie przeszło w okres przewlekły, przejawiający się drżeniem, niedomogą mięśniową, włókienkowem drganiem mięśni i drgawkami pojedynczych mięśni. Opisano tytoniowy zanik drobnych mięśni rąk, tytoniową padaczkę, bredzenie, pląsawicę, zawroty głowy, utratę pamięci, utratę mowy, obłąkanie. Badania Włodyczki wykazały cały szereg zmian tak w ośrodkowym jak i w obwodowym układzie nerwowym pod wpływem tytoniowego zatrucia. Żebrowski znalazł znaczne zmiany w nerwowych komórkach serca. Doświadczalnie u zwierząt wykazano wpływ nikotyny na narząd płciowy (osłabienie pociągu płciowego, zmiany w jądrach i jajnikach, a także częste poronienia). Autor, przypominając fizyologię współczulnego układu nerwowego, który unerwia wszystkie mięśnie gładkie, trzyma się poglądu Henlego, że rozmieszczenie krwi między narządy zależy od naczyń kurczących się pod wpływem współczulnego układu nerwowego i sądzi, że rozstrój nerwów naczynioruchowych doprowadza do zwyrodnienia ścian naczyń. Jednym z przejawów miejscowego skurczu naczyń jest choroba Raynauda, która niezawsze przebiega z właściwym sobie klasycznym obrazem (zgorzeli części obwodowych, palców, nosa, uszów); tak np. Weiss opisał zapad z powodu skurczu tętnicy wieńcowej, Kassirer — napadowy cukromocz i białkomocz, Oppenheim — objawy mózgowe, wskazujące na zaburzenia obiegu krwi w mózgu, sam Raynaud opisał skurcz naczyń siatkówki. O ile rzadko zdarza się widzieć całkowity klasyczny obraz choroby Raynauda, o tyle często widzimy poszczególne jej objawy, wskazujące na zaburzenia innerwacyi naczynioruchowej (nawały krwi i zawroty głowy, »zamieranie« serca u młodych osobników, pocenie się rąk i uczucie chłodu w nich, dusznica bolesna, kolki w brzuchu, chwilowe zaburzenia wzrokowe, niedowłady, parestezye i t. d.). Jeżeli na te zwiastuny choroby nie zwróci się należytej uwagi, to choroba może przejść w swój klasyczny okres zgorzeli. Brissaud słusznie proponuje rozszerzyć pojęcia choroby Raynauda, przez zaliczenie do niej całej grupy zjawisk, wskazujących na rozstrój krążenia miejscowego, przyczem rokowanie w każdym oddzielnym przypadku zależy od siedziby skurczu naczyń. Autor dopatruje się nadzwyczajnego podobieństwa między temi zjawiskami, należącemi do choroby Raynauda i objawami przewlekłego zatrucia tytoniowego i wyraża zdanie, że tytoń jest trucizną dla komórki nerwowej wogóle, w szczególności dla układu współczulnego i działa swoiście na unerwienie ściany naczyń. Podobne objawy zatrucia wywołują i inne trucizny (adrenalina, sporysz). T. Makowski.

Frank i Schnittenhelm. **O odżywianiu zapomocą daleko rozłożonego białka.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 24). Sprawa ta jest bardzo ważna. Byłoby to ogromnym krokiem naprzód w odżywianiu, zwłaszcza chorych, jeżelibyśmy mogli wprowadzać pokarm, nie obciążając zupełnie przytem narządów trawienia, powodując łatwe i szybkie wessanie bez gnicia białka, wprowadzając pokarmy ew. w postaci płynnej w małych rozmiarach; pożywne białko w przewodzie pokarmowym rozpada się na kwasy aminowe. Abderhalden odżywiał zwierzęta białkiem rozłożonem przez fermenty. Autorzy obmyślili przetwory, nie wywołujące zaburzeń trawienia, a mianowicie trawili białko najpierw kwasem solnym i pepsyną (3—4 dni), potem trypsyną, a wreszcie erepsyną i otrzymali w końcu ciało, nie dające już odczynu biuretowego, przedstawiające się jako proszek żółty, rozpuszczalny w wodzie, o smaku bulionu. Do wyrobu używali białka mleka, jaj i surowiczego. Doświadczenia na zwierzętach, a potem na człowieku, wykazały, że odżywianie takie da się przeprowadzić i zapewne z czasem przyjmie się ono w praktyce. K.

Położnictwo i ginekologia.

H. Heinze. **Przyczynek do leczenia drgawek porodowych.** (Arch. f. Gyn. tom 93, zesz. I.). Zwolennicy teoryi o łożyskowem pochodzeniu drgawek porodowych przyjmują, że domniemana trucizna nie stanowi jednostajnego ciała chemicznego, lecz składa się z dwóch głównych składników, z których jeden działa szczególnie na ośrodkowy układ nerwowy, gdy drugi, ogólnie-trujący, uszkadza przedewszystkiem narządy miąższowe i serce. Zależnie od tego, który z tych składników przeważa w danym przypadku, na pierwszy plan w obrazie chorobowym wysuwają się głównie drgawki i śpiączka, albo też głównie ciężkie objawy ze strony serca, nerek i wątroby. O ile w pierwszym przypadku nerki nie zawsze muszą być zajęte i to ani klinicznie, ani w obrazie anatomo-patologicznym, to w drugim drgawki nie muszą wystąpić, gdyż wskutek szybkiego zatrucia może odrazu nastąpić porażenie ośrodkowego ukladu nerwowego. Powstanie rzucawki w połogu tłómaczą jużto działaniem trucizny na ustrój, osłabiony utratą krwi przy porodzie i w następstwie różnych spraw wstecznych, już wessaniem trucizny z resztek elementów syncytyalnych, które przy porodzie pozostały w macicy. Ta ostatnia teorya zasługuje na szczególne uwzględnienie wobec dobrych wyników leczniczych, jakie w wielu przypadkach rzucawki otrzymano po wyskrobaniu macicy połogowej. Leczenie zapobiegawcze drgawek porodowych należy zastosować w tych przypadkach, gdzie wybuch choroby poprzedzają zaburzenia ze strony nerek. Polega ono na zaleceniu zupełnego spokoju, lekkiej dyety wolnej od soli, jakoteż środków moczopędnych i napotnych. Jeżeli poprawa nie nastąpi, lub objawy choroby nerkowej staną się groźniejsze, należy ciążę

przerwać. Przeciw samej rzucawce podawano dawniej jedynie środki nasenne, jak morfinę, wodnik chloralu, chloroform i i., usiłując zapomocą nich działać uspokajająco na układ nerwowy; później radzono ograniczyć zastosowanie tych środków trujących, przekonano się jednak, że zupełnie wyrzec się ich nie można. Stroganoff poleca nawet w ostatnich czasach leczenie morfiną z wodnikiem chloralu w odpowiedniej kombinacyi, przy którem otrzymał wprost znakomite wyniki. Wprowadzenie środków znieczulających, polecane przez Króniga (jak kokaina, skopolamina i i.), nie zyskało dotąd wielu zwolenników. Upusty krwi z następowemi podskórnemi lub śródżylnemi wstrzykiwaniami soli kuchennej oddają czasem wcale dobre usługi; o ile jednak upusty krwi szczególnie są wskazane tam, gdzie tętno jest twarde i silnie napięte, sinica wielka i obrzęk płuc zaczyna się wytwarzać, to zastosowanie większych ilości soli kuchennej niezawsze może być obojętne. To też Asch poleca zamiast wstrzykiwań podskórnych wlewania do odbytnicy w tem przekonaniu, że z tej strony tylko tyle zostaje wessane, ile wśród danych okoliczności jest dla ustroju odpowiednie. Prócz tego starano się wydalić truciznę z ustroju przez nerki i skórę; środki moczopędne często zawodzą, natomiast podrażnienie gruczołów potnych przez ciepłe zawijania i gorące kąpiele może oddać nieraz bardzo dobre usługi. Zweifel stara się zobojętnić truciznę środkami alkaliczno-roślinnymi, podawanymi wewnętrznie i podskórnemi wstrzykiwaniami dwuwęglanu sodu. Wyciągi z gruczołów przytarczycznych i z tarczycy, polecane przez Vassalego, okazały się bezskuteczne. Stosowanie wyciągu z pijawek (hirudyna), zmniejszającego krzepliwość krwi, znajduje się jeszcze w okresie prób. Oprócz powyższego leczenia zachowawczego, powstała z biegiem lat dążność do bardziej czynnego postępowania, przedewszystkiem do jak najszybszego opróżnienia macicy, o ile możności bez współudziału jej skurczów. Przy zupełnie otwartem ujściu wskazane tu będą kleszcze lub obrót z wydobyciem płodu, tam zaś, gdzie drgawki wystąpiły z początkiem czynności porodowej, cięcie cesarskie pochwowe lub klasyczne; to drugie szczególnie u pierwiastek lub przy wązkich miednicach. Dla lekarza praktycznego, dla którego operacye te rzadko tylko wchodzą w rachubę, pozostaje w tych przypadkach zastosowanie balonu do macicy, celem rozszerzenia szyjki z następową operacyą rozwiązującą. Łożysko należy zawsze bardzo dokładnie obejrzeć. Jeżeli po porodzie drgawki dalej się powtarzają i zachodzi choćby najmniejsze podejrzenie, że w jamie macicy pozostały części łożyska lub błon, należy je natychmiast usunąć. W ostatnich czasach opisano właśnie kilkanaście przypadków rzucawki połogowej, wyleczonej po wyskrobaniu macicy. Autor spostrzegał również dwa przypadki, gdzie napady drgawek stale się powtarzały mimo wszelkiego leczenia zachowawczego, szybkiego rozwiązania, jakoteż całkowitego odejścia łożyska, a ustały natychmiast zupełnie po wyskrobaniu macicy, przyczem odeszły tylko małe resztki doczesnej. Autor przypuszcza więc, że zatrucie ustroju matki może wyjść także z resztek doczesnej, pozostałych po porodzie i radzi zawsze wyskrobać macicę, jeżeli drgawki wystąpiły dopiero po porodzie, lub nie ustały po nim, nawet gdyby łożysko napewne w całości odeszło. Gdyby wreszcie i wyskrobanie nie pomogło, wówczas jako jedyny zabieg pozostaje jeszcze obłuszczenie nerek (decapsulatio), po którem wyniki są nieraz bardzo dobre. E. Ehrenpreis.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Modyfikacyę próby Wassermanna, podaną przez Dungerna, badał Roth porównawczo u 40 chorych i przekonał się, że wprawdzie modyfikacya ta jest mniej czuła, niż sposób klasyczny, jednakże nie daje nigdy wyniku dodatniego tam, gdzie nie dała go klasyczna próba Wassermanna. Wobec tego podane przez Dungerna »diagnosticum« zaleca Roth do użytku lekarzy praktycznych, nie mających w pobliżu większego zakładu serologicznego (Correspbl. f. schw. Ärzte 1911, Nr 8). Jeszcze korzystniej ocenia modyfikacyę Dungerna Wehrli. (Schweiz. Rundsch. 1911, Nr 12), który stawia ją prawie na równi z klasycznym sposobem Wassermanna. Mk.

Diplosalu podawanego wewnętrznie używał do leczenia ostrego wiewióra Moschetti w przypadkach, nie nadających się do t. zw. leczenia poronnego. Z 21 przypadków, w których Moschetti podawał diplosal, jeden został wyleczony bez użycia jakichkolwiek innych środków, w 8 zastosowano później jeszcze kilka wstrzyknięć protargolu, w 11 podawano oprócz diplosalu środki balsamiczne. Dawka diplosalu wynosi 3 gr dziennie. (Medicina nuova. 1911, Nr 1). B.

Szereg zatruć rtęcią spostrzegał Boesl po trzechdniowem przebywaniu członków pewnego klubu w strzelnicy. Objawy: nudności, wymioty, kolki, zapalenie błony śluzowej ust i t. p. (Münch. med. Wochs. Nr 18). A.

Leczenie gorącem powietrzem zaleca Esau przy swędzących cierpieniach skóry, wypryskach, łuszczycy, wrzodach goleni, róży i czyrakach. (Münch. med. Wochs. Nr 16). A.

Kąpiel w piasku jałowym, trwającą kilka do kilkunastu godzin, zaleca przy ranach i martwicach tkanek Thies. (Zblt f. Chir. Nr 13). K.

10–20% maść pergenolową zaleca Sylla przy zołzowych cierpieniach oczu, nosa, skóry i nieżytach przewlekłych nosa. (Deutsche med. Wochs. Nr 14). A.

Przy róży zaleca gorąco Choksy okłady z wysyconego rozczynu siarkanu magnu. (Lancet. 4. II. 1911). A.

Mocz chorych leczonych salvarsanem okazuje podług Abelina wybitny odczyn dwuazowy Ehrlicha. (Münch. med. Wochs, Nr 19). A.

Z chirurgii polowej. Na placu opatrunkowym w razie wojny (Verbandplatz) należy według Herolda trzymać się następujących zasad: 1) Zranionych opatrzyć i posilić. 2) Ręce myć należy 5 minut spirytusem, a skórę jodyną, golić na sucho. 3) Narzędzia wygotować lub opalić spirytusem, a strzykawki przepłukać karbolem 3%. 4) Ran nie wolno badać zgłębnikiem, ani tamponować (chyba w razie krwotoku tamponować wolno! Przyp. ref.). Przy ranach dartych, zadanych pociskami armatnimi, zalać jodyną (?) lub zasypać jodoformem. 5) W razie potrzeby rozszerzenia rany, skórę okoliczną odkazić jodyną. 6) Z operacyi wykonuje się tylko pilne: a) podwiązanie naczyń, b) tracheotomię. 7) Przy postrzałach kości i stawów nie należy ani tamponować, ani wyciągać odłamków kostnych, lecz opatrzyć z wierzchu i kończynę ustalić. 8) Przy postrzałach brzucha nie dawać zranionym jeść i pić przez 24 godzin i o ile możności chorych nie posyłać zaraz. 9) Przy silnych krwotokach — wlewania rozczynu soli, przy bolach — morfina, przy zapadach środki podniecające. 10) Przy ew. operacyi chloroform lub znieczulenie miejscowe 0,5% nowokainą. K.

Przy zatruciach kokainą lub stowainą zaleca Engstad eter, podawany kroplami na masce. (Journ. of Amer. med. As. 1910, Nr 12). A.

Przy zatruciach strychniną polecają Gistens i Meltzer na podstawie doświadczeń na zwierzętach śródtchawiczne uśpienie eterowe. (Berl. klin. Wochs. Nr 15). A.

Do pokrywania ubytków tchawicy poleca Hohmeier powięź z sąsiednich mięśni. Rany nie należy jednak tamponować, zwłaszcza przy przeszczepionym płacie, bo to go wysusza i zmniejsza jego żywotność. (Münch. med. Wochs. Nr 18). K.

Nowy trzewik do leczenia niedomogi stopy podał Lengemann; trzewik polega na podniesieniu sklepienia stopy zapomocą dwóch metalowych pasków od zewnątrz. (Münch. med. Wochs. Nr 18). A.

Przewiązanie kończyny na $^1/_2$ godziny wywoływać ma w kończynie tworzenie się substancyi powodujących krzepnięcie krwi i dlatego Velden uważa to przewiązanie za znakomity sposób tamowania niedostępnych krwotoków. (Zeitschr. f. exp. Path. VIII. 3). A.

Do wysokich lewatyw i przemywań kiszki grubej i stolcowej, (które Kausch poleca robić zawsze samemu lekarzowi), podał Kausch rurkę z dwoma balonami, które wydyma się po wsunięciu do kiszki; jeden balon tkwi w kiszce tak, że oba balony ujmują między siebie zwieracza i przez to uszczelniają zupełnie odbyt. (Münch. med. Wochs. Nr 18). A.

Przy przewlekłem zaparciu stolca zaleca Chilaiditi następującą gimnastykę brzucha: Po zupełnym wydechu, robi chory przy zamkniętej głośni 5—6 pozornych wdechów. Przytem, jak to wykazały badania rentgenowskie, jelito grube wykonuje duże ruchy. Wskazana jest ta gimnastyka rano przez 5 minut. (Tow. lek. Wiedeń. IV. 1911). A.

Zatrucie purgenem u 67-letniego mężczyzny (wymioty, czerwone stolce bez krwi, kolki) spostrzegał Zabel po zażyciu 3 pastylek »dla obłożnie chorych« i dwóch »dla dorosłych«. (Deutsche med. Wochs. Nr 16). A.

Przy zapaleniu płuc stosują w Anglii z dobrym skutkiem podług Mathisona kombinacyę kreozotu z jodkiem potasu: »Rp. Kal. jodat. 4,0, Kreosot. 2,0, Spirit. rect. 8,0, Extr. Liquir. 12,0, Aquae ad 170,0. S. co 4 godziny łyżkę«, ewentualnie dalej i silniejsze dawki. (Brit. med. Journ. 1910. S. 1611). A.

W uporczywej zimnicy osiągali Skinner i Carson dobre wyniki lecznicze przy naświetlaniu śledziony. (Brit. med. Journ. 25. II. 1911). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

z dnia 9. V. 1911.

1) Borowiecki omawia przypadek **natręctw myślowych** u chorego, przedstawionego w ten dzień na wykładzie. Chory P. Sk., l. 16, syn rolnika, dziedzicznie nie obciążony. Skarży się na bole głowy, bije mu serce, skóra drętwieje i męczą go grzeszne myśli od kilku miesięcy. Podobno pierwszy raz przy spowiedzi klął na sakramenta wbrew woli, potem grzeszne myśli przeciw Bogu, Chrystusowi, Matce Boskiej, szczególnie na widok przedmiotów dewocyi, krzyża, hostyi i t. d. Poprzednio bardzo pobożny, odczuwa chory to, jako ciężki grzech i żyje w ciągłej obawie przed karą niebios. Jest przygnębiony i często płacze. Dalsze badanie wykazuje, że już w 9. roku życia miał natręctwa myślowe, powtarzał bowiem często w myślach uporczywie pewne wyrazy. — Obecnie miewa chwile wzmożonego samopoczucia, czuje się wówczas większym, niż Bóg.

W dyskusyi, nawiązując do analogicznego, już na jednem z poprzednich posiedzeń omawianego przypadku natręctw myślowych u 36-letniego górala, podnosi Prof. Piltz pewne charakterystyczne podobieństwa obu przypadków. I tak obaj chorzy uderzają niedorozwojem fizycznym; jeden z nich, 16-letni, sprawia wrażenie najwyżej 13-letniego, drugi 36-letni, może 20-letniego. Poza analogią ich natręctw i sposobem ich powstania, uderza w wywiadach możność śledzenia ich na długo przedtem, zanim chorzy je sobie jako chorobowe uświadomili, chociaż pod inną postacią, uwarunkowaną wiekiem, środowiskiem i t. d. Zdaniem mowcy przywiązuje się może zbyt wiele wagi do czynników zewnętrznych w powstaniu tych spraw chorobowych. Z doświadczenia wiadomo, niejednokrotnie stwierdzają to wywiady, iż są to sprawy odziedziczone, gdzie bodźce zewnętrzne są tylko czynnikiem wyzwalającym. Czy zalicza się tę chorobę do psychastenii w pojęciu Janeta, jak Borowiecki, czy nieraz obraz odpowie depresyi, co podnosi Jasieński, czy też postawimy jako jednostkę samoistną »natręctwa lękowe«, nie przesądzimy ich etyologii.

2) Dąbrowski przedstawia chorego H. R. l. 32; chory dziedzicznie nie obciążony, przechodził kilkakrotnie jakąś chorobę gorączkową, do kiły się nie przyznaje, alkoholu używa miernie. Choroba obecnie rozpoczęła się w jesieni 1910 bolami głowy, którym czasem towarzyszyły wymioty. W dwa miesiące po wystąpieniu choroby zauważył chory pogorszenie wzroku na oku lewem, bole głowy się spotęgowały. Wzrok stale się pogarszał, od 6 tygodni także na oku prawem. Od 2 tygodni niema wymiotów, bole głowy słabe. Badanie stwierdza lekką asymetryę w zakresie dolnej gałązki n. VII. na korzyść strony prawej. Wysadzenie obu ócz, lekkiego stopnia drżenie oczu, wyraźniejsze przy patrzeniu w stronę lewą. Źrenice równe, okrągłe, oddziaływanie na światło niebardzo wydatne, wprost na oku lewem — mniej żywe, niż na prawem. Oko prawe = $^6/_{12}$, lewe: palce na 4 m. Dno oka: Neuritis, oedema n. optici utriusque. Odczyn Wassermanna z krwi ujemny. Ciśnienie płynu rdzeniowego w pozycyi siedzącej początkowe — 36 mm Hg, końcowe 16 mm Hg. Ciałek białych $^2/_3$ w mm^3; białka 1: 10,0. Odczyn Norms-Apelta bardzo słabo dodatni po 3 minutach. (Badanie wykonał Dr Bujak).

Na podstawie tych danych sądzi mowca, że należy rozpoznać **guz mózgu** i to w obrębie tych płatów, gdzie guzy nie dają objawów ogniskowych, a zatem w płatach czołowych lub skroniowym prawym, gdyż siedziba guza w móżdżku da się wyłączyć dla braku chodu móżdżkowego, adidokokinezy i asynergii. Ponieważ chory nie miał nigdy drgawek, niema bolesności ograniczonej, można przypuścić, że guz nie wychodzi ani z kości, ani z opon, a usadowiony jest podkorowo. — Z początku brano w rachubę także gośćcowe zapalenie nerwów, odpada ono jednak po uwzględnieniu długiego stosunkowo trwania, znacznego obrzęku tarczy nn. wzrokowych, a wreszcie nie tłómaczyłoby ono nader wysokiego ciśnienia płynu rdzeniowego.

3) Jasieński przedstawia przypadek przypuszczalnego **guza mózgu**. Chory J. G., l. 37, rolnik; obarczenia dziedzicznego niema, kiły nie przechodził, alkoholu używa miernie. Obecna choroba wystąpiła nagle, jako niedowład ręki i nogi prawej, w dwa tygodnie później wystąpiły bardzo gwałtowne bole głowy, upośledzenie wzroku, zaburzenia w mowie, w 4 tygodnie niemożność utrzymania moczu, znacznie później porażenie lewej połowy twarzy. Obecnie podaje chory, że ból głowy jest silniejszy, mowa jeszcze jąkająca, kończyna górna prawa silniejsza. — Badanie wykazuje porażenie lewego nerwu twarzowego, zapalenie obu nerwów wzrokowych; kończyna górna prawa nieco mniej sprawna i o żywszych odruchach, niż lewa. Odruch brzuszny i mosznowy po stronie prawej zniesione. Minimalna nierówność w sprawności kończyn dolnych na niekorzyść strony prawej. Odruch kolanowy żywszy, odruch ścięgna Achillesa znacznie żywszy po stronie prawej. Drganie padaczkowate stopy prawej. Objaw Oppenheima równie po stronie prawej. Czucie bez zmian.

4) Landau przedstawia bardzo daleko posuniętą: **dystrophia musculorum progressiva.** Chory S, P., l. 11, uczeń, dziedzicznie nie obciążony. Z rodzeństwa najstarszy, po nim poronienie, trzecie dziecko zmarło po 24 godzinach, czwarte cierpiało na padaczkę, piąte 2 lata, zdrowe. Urodzony prawidłowo, rozwijał się dobrze, w 3. roku ży-

cia przechodził odrę. Obecna choroba rozpoczęła się przed $1^1/_2$ roku podupadaniem na wadze i siłach. Powoli pogarszał się stan coraz bardziej, chory zaczął chodzić niezgrabnie, często upadał, na łóżku z trudnością zmieniał położenie, z krzesła nie mógł się unieść bez pomocy. W jakiś czas potem osłabły ręce, nie mógł podnieść ich do góry; palce były sprawne zupełnie. Obecnie nie może podnosić się z podłogi, chodzi z ogromnym trudem, bardzo często upada, ku przodowi nie może się pochylić, bo łamie się wpół i pada. Innych dolegliwości niema.

Badanie: Chory ogólnie wyniszczony, szczupły, stoi na szeroko rozstawionych nogach z wybitnem wygięciem kręgosłupa lędźwiowego ku przodowi, a górną częścią ciała przegiętą ku tyłowi dla utrzymania równowagi. Łopatki silnie odstają od klatki piersiowej, wyrostek barkowy po obu stronach niżej ustawiony, niż górny wewnętrzny kąt łopatki. Miednica silnie opuszczona spojeniem łonowem ku dołowi. Gdy chory siedzi lub leży, skrzywienie kręgosłupa i pochylenie miednicy niezupełnie się wyrównują. Zanik mięśni dotyczy przedewszystkiem pasa barkowego i mięśni obu ramion, w mniejszym zaś stopniu mięśni grzbietowych, mięśni pasa lędźwiowego i obu ud. W zakresie krótkich mięśni rąk i nóg, jak i mięśni przedramion, zaników niema. Mięśnie goleni wyraźnie przerosłe. Największe ograniczenie ruchów w mięśniach grzbietowych, pasie barkowym i lędźwiowym, mięśniach brzusznych i grupach strzałkowych obu kończyn dolnych. Ruchy w stawach drobnych dobre. Odruchy ścięgniste zniesione. Odruchy skórne bardzo słabe. Chód powolny z kołysaniem się w biodrach, stopy wyciąga chory, jakby z błota: t. zw. »chód czapli«. Z pozycyi leżącej bez oparcia się o krzesło wstać nie może. Czucie bez zmian.

Badanie elektryczne wykazuje znaczne obniżenie pobudliwości na oba rodzaje prądu w mięśniach dotkniętych zanikiem. Mm. dwugłowy i ramieniowy wewnętrzny nie oddziałują wcale z powodu zupełnego zaniku. Odwrócenia odczynu nigdzie niema. Rozpoznano: Dystrophia m. progressiva typu Leydena-Möbiusa.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 22. kwietnia 1911.

Obecnych 20 członków.

I. Kol. Pasierbiński (z Zawiercia) opisał przypadek **zapalenia wyrostka robaczkowego u $2^1/_2$-rocznego dziecka.** Początek choroby nagły: gorączka i jednorazowe wymioty. Gorączka w drugim dniu 39·5, brzuch wzdęty nieznacznie, ucisk z prawej strony zdawał się być nieco bolesnym, a opór mięśniowy większym. Gorączka trwała przez trzy tygodnie; od 20. dnia choroby ciepłota zaczęła spadać poniżej 38°. W końcu czwartego tygodnia dziecko sprawiało już wrażenie zdrowego. Przez cały ten czas miało wypróżnienia codziennie. Nagle wystąpiło pogorszenie: gorączka, parokrotne wymioty, wzdęcie brzucha, niepokój. Rozpoznano niedrożność jelit. Podczas operacyi, którą wykonał prof. Kader z Krakowa, stwierdzono pomiędzy jelitami sześć mocnych zrostów, wyrostek robaczkowy wzdęty, przekrwiony, w środkowej części znaleziono pestkę agrestu. W odbytnicy trochę kału. Gorączka ustąpiła dopiero po upływie 10 dni. W 7. dniu było 11 sformowanych wypróżnień, w 8. dniu z powodu ropienia zdjęto sześć szwów. Gojenie rany trwało przeszło sześć miesięcy i zakończyło się zupełnem wyzdrowieniem dziecka. W końcu przytacza prelegent poglądy, wypowiedziane na Zjeździe chirurgów w Warszawie co do konieczności wczesnego operowania zapaleń wyrostka. Najlepsze wyniki daje operacya w pierwszym dniu choroby, po upływie 2 dni zabieg chirurgiczny nie jest już bezwzględnie wskazany.

W dyskusyi kol. Rozenfeld wyraża zdanie, że w przypadku kol. Pasierbińskiego trafne rozpoznanie w pierwszym dniu choroby było rzeczą przypadku. Na podstawie przytoczonych objawów i przebiegu choroby aż do chwili wystąpienia niedrożności jelit można było przypuszczać inną sprawę, n. p. dur brzuszny. Wszyscy pedyatrzy zgadzają się, że rozpoznanie zapalenia wyrostka u dzieci jest rzeczą nadzwyczajnie trudną. Operacya u dzieci w pierwszym dniu choroby najczęściej narazi lekarza na zawód, chore dziecko na zgoła zbyteczne powikłania. — Kol. Biegański sądzi, że dur brzuszny łatwo w danym razie wyłączyć na podstawie zrostów, jakie stwierdzono podczas operacyi. Zgadza się jednak z kol. Rozenfeldem, że rozpoznanie, uczynione przez kol. Pasierbińskiego w pierwszym dniu choroby, było przypadkowe. Ze względu na brak pewności zasadniczo przeciwny jest mowca wczesnemu operowaniu zapaleń wyrostka, zwłaszcza u dzieci. — Kol. Brzeziński wyłącza możliwość jakiejkolwiek innej przyczyny zrostów, prócz zmian w wyrostku, stwierdzonych podczas operacyi. — Kol. Broniatowski sądzi, że wobec doskonałych wyników wczesnego operowania, dostatecznem wskazaniem do operacyi w pierwszym dniu choroby były właśnie te niewyraźne objawy brzuszne, które stwierdził kol. Pasierbiński. — Kol. Batawia przytacza zdanie Sonnenburga, który przeciwny jest wczesnemu operowaniu. — Pogląd ten podziela również kol. Wasilewski.

II. Kol. Rozenfeld opisał **przypadek ropnia mózgu** u 45-letniego mężczyzny **w następstwie zgorzeli lewego płuca.** Choroba płuc trwała $1^1/_2$ roku i mimo nadzwyczajnego wyniszczenia ustroju zakończyła się pozornem wyzdrowieniem. W ostatnich czasach wykazywało badanie płuc bardzo niewyraźne stłumienie odgłosu wypukowego, osłabienie oddechu, skąpe rzężenia. Chory uważał się już za zdrowego, wyglądał doskonale i zaczynał pracować. W ciągu 6 ostatnich miesięcy miał kilkanaście napadów padaczkowych, na które cierpiał od 15. roku życia. W początkach kwietnia r. b. nagle po sześciu napadach drgawkowych wystąpiło utrudnienie mowy. Nazajutrz stwierdzono prawostronne porażenie nerwu podjęzykowego i twarzowego. Utrudnienie mowy zwiększało się z dniem każdym. W 4. dniu choroby wystąpiły bardzo silne kurcze kloniczne prawej kończyny dolnej, które trwały kilkanaście godzin z rzędu. Chory krzyczał w niebogłosy z powodu niezmiernie przykrych uczuć (parestezyi) w tejże kończynie. W 8. dniu choroby wystąpiły lekkie kurcze kloniczne i porażenie prawej kończyny górnej. W 10. dniu — zupełna niemota, porażenie prawej kończyny dolnej, osłabienie władz umysłowych, senność. Przez cały czas choroby ciepłota nie przewyższała 37·4, tętno — około 80. Bolu głowy i wymiotów nie było wcale. Rozpoznano ropień podkorowy lewej półkuli mózgu w okolicy ośrodków ruchowych i wysłano chorego do Warszawy na oddział kol. Flataua w celu dokonania operacyi. Operacya, wykonana przez kol. Oderfelda, wykazała obecność ropnia w okolicy odpowiadającej środkowodolnej części przedniego lewego zakrętu centralnego. Ropa gęsta, bardzo cuchnąca. Chory zmarł na drugi dzień po operacyi.

W dyskusyi podnosi kol. Biegański, że w danym przypadku rozpoznanie ułatwiały wywiady, stwierdzające przebycie zgorzeli płuc. Analogiczny przypadek spostrzegał kol. B. przed kilkunastu laty. Robotnik, l. 20, wskutek uderzenia klatki piersiowej doznał zgorzeli prawego płuca. Po pewnym czasie wystąpiły nagle drgawki, ból głowy i senność. Porażeń nie było wcale. Chory żył kilka dni. Wobec zgorzeli płuc rozpoznano ropień mózgu, nie mogąc jednak określić jego siedziby. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono ropień wielkości jaja w zrazie potylicznym. — Kol. Batawia zauważa, że często ropnie nie dają żadnych objawów za życia i wówczas stanowią niespodziankę przy badaniu pośmiertnem.

III. Kol. Wacław Kohn odczytał rzecz p. t.: **Praktyczna wartość odczynu Wassermanna.** (Odczyt ten po wygłoszeniu go na Zjeździe lekarzy prowincyonalnych w Łodzi — będzie drukowany). Karol Rozenfeld.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie Wydziału z dnia 12 maja 1911.

Jako gość obecny kol. Kramsztyk z Kołobrzega. Po zagajeniu przez wiceprezesa kol. Łazarewicza kol. Kramsztyk wygłasza odczyt: **Z dziedziny pedyatryi.**

Przyrząd Soxhletha nie usunął wszystkich wad sztucznego odżywiania. Teorya szkodliwości białka sernika krowiego nie utrzymała się. Nowy okres w nauce odżywiania rozpoczął się po ogłoszeniu szeregu prac z kliniki wrocławskiej. Zwrócono się do badań nad przemianą materyi. Później wziął górę nowy kierunek, więcej biologiczny. Niemowlę karmione sztucznie musi zużywać znaczną ilość komplementów. Bamberger szkodliwość mleka krowiego tłomaczy tem, że komórki nabłonkowe dziecka, niedość rozgatunkowane, nie mogą sobie dać rady z tym pokarmem. Schlossmann i Finkelstein uodporniali nabłonki przez podskórne wstrzykiwanie mleka. Teoryę tę obaliły znów badania Langsteina. Droga czysto doświadczalna zawiodła, więc zwrócono się do badań klinicznych. — Falująca krzywa podczas okresu dyspepsyi świadczy o walce ustroju, potem następuje szybki upadek wagi i charłactwo. Do objawu pokarmowej dekompozycyi dołącza się stan intoksykacyi. W tym stanie wskazane jest leczenie głodowe, tylko herbata z sacharyną (cukier sprzyja gorączce), mleko kobiece w niewielkich ilościach, albo mleko odtłuszczone. — Praca Bokaya zwróciła uwagę na kwasy organiczne. Zajął się tą sprawą Langstein. Trawienie mleka kobiecego jest połączone z fermentacyą, krowiego z gniciem. — Większą śmiertelność niemowląt w miesiącach gorących rozmaicie tłomaczą. Jedni sądzą, że drobnoustroje więcej się rozwijają, Amerykanie znów przypisują winę bezpośredniemu działaniu gorąca, co twierdził już dawniej Meinert, a Finkelstein obecnie potwierdza. — Finkelsteim badał wpływ soli i stwierdził, że wstrzyknięcie rozczynu soli z cukrem wywołuje gorączkę, chlorek potasu zaś wstrzymuje podniesienie ciepłoty. To działanie cukru na gorączkę Finkelstein i Meyer tłomaczą fizycznie i przypisują je jonom. Schloss natomiast widzi powód gorączki w zatrzymywaniu się soli i wody w ustroju. Rosenthal tylko częściowo uznaje teoryę Finkelsteina. Badania jego na zwierzętach zbijają wyniki Schapsa. Nawet pierwotne uszkodzenie przewodu pokarmowego nie podnosi ciepłoty. Mowca kończy apelem, by stosować tylko odżywianie piersią.

W dyskusyi zapytuje kol. Adamczewski, czy w próbach Meyera chodzi o szkodliwe części, znajdujące się w serwatce kobiecego czy krowiego mleka? Jak się z tem zgadza zalecane stosowanie krowiej serwatki przy dyspepsyi? — Kol. Swięcicki: Ginekolog nieraz musi rozstrzygać, jak przeprowadzić odżywianie osesków. Prelegent nie wspominał o bardzo ważnej różnicy natury morfologicznej. Przy badaniu mleka krowiego ultramikroskopem znaleziono ciałka ruchome, »laktokonie«, których nie spostrzegano w mleku kobiecem. Mowca przypomina pracę Přibrama i Meyerhofera, według której można mleko z wodą utlenioną transportować bardzo daleko. Przy omawianiu gorączki należało poruszyć także pytanie, czy nie jest ona przyrody anafilaktycznej. — Kol. Karwowski zapytuje, o ile dyeta Finkelsteina przy wyprysku okazała się w praktyce uzasadnioną. — Kol. Kapuściński zaznacza ze swej praktyki, że mleko pasteryzowane oddawało bardzo dobre usługi. — Kol. Kramsztyk odpowiada: Błona śluzowa dostosowuje się do nowego pokarmu i pokazuje się pepsyna. O anafilaksyi jeszcze rozstrzygać nie można. Perhydrol bardzo dobrze konserwuje mleko. Co do dyety Finkelsteina, to osobiste doświadczenia mowcy w przypadkach wyprysku były niekorzystne, natomiast maść tumenolowo-cynkowa wygoiła sprawę bardzo szybko. Beztłuszczowa i jarska dyeta oddaje w tych razach bardzo dobre wyniki. — W końcu zaznacza kol. Kapuściński, że przez ciepłotę 60° przy pasteryzacyi fermenty jeszcze nie zostają zniszczone.

Zebranie Wydziału z dn. 26 maja 1911.

Wiceprezes kol. Łazarewicz, odczytawszy zaproszenie Towarzystwa lekarskiego w Łodzi na jubileusz, z okazyi którego mianowano kol. Chłapowskiego i Święcickiego członkami honorowymi, zachęca do wzięcia udziału w jubileuszu. Dalej zawiadamia, że z funduszu Biedkiewicza udało się dla »Nowin« uzyskać subwencyę na 3 lata w wysokości M. 500. Następnie odczytuje zaproszenie połączonych towarzystw zawodowych (niemieckich) na zjazd w Poznaniu, połączony z wykładami. Pozostawia się członkom do woli, o ile chcą wziąść udział w części naukowej zjazdu.

W wolnych głosach kol. Gantkowski zawiadamia o spodziewanym udziale kolegów wielkopolskich w Zjeździe krakowskim. Wykłady wygłoszą kol. Meissner, Karwowski (2 wykłady), Falgowski, Swięcicki, Fr. Zakrzewski i Gantkowski.

Na członków przyjęto jednogłośnie koleżankę Janinę Zniniewiczównę oraz kol. Jana Zniniewicza.

Adam Karwowski.

I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego w Łodzi w dniu 4. i 5. czerwca 1911.

Sekcya medycyny publicznej

podali Dr Skalski i Dr Łuczycki.

1) J. Dehnel (Sosnowiec). **Rozwój i stan szpitalnictwa w Zagłębiu Dąbrowskiem w ciągu ostatnich 25 lat, oraz uwagi o szpitalach na prowincyi.** Szpitale urzędowe i fabryczne w Zagłębiu nie stoją na wysokości zadania. Dla dobra naszego szpitalnictwa w naszych warunkach Towarzystwo lekarskie i ogół lekarzy powinny się przyczynić do poprawy tych stosunków, wniknąć w sprawy szpitalne, oraz otoczyć szpitale właściwą fachową opieką.

A. Jarosiński (Sterdyń). **O szpitalnictwie w gubernii siedleckiej.** (Rzecz, drukowana w całości w »Przeglądzie lekarskim«).

W dyskusyi Męczkowski nie tak ponuro zapatruje się na stan szpitalnictwa i jest zdania, że przy dobrej wierze w swe siły, staraniu i energii, drogą inicyatywy prywatnej można do pewnego stopnia naprawić braki szpitalnictwa naszego.

3) H. Trenkner (Łódź). **Stan obecny szpitalnictwa w Łodzi.** Brak ogólnego szpitala miejskiego, 1083 łóżka w 16 szpitalach i lecznicach, 30 łóżek dla rodzących i 12 łóżek w oddziale gruźliczym w półmilionowem mieście, przodującem w całej Europie pod względem śmiertelności z gruźlicy, nie odpowiada najskromniejszym wymaganiom. Prelegent uważa za konieczne podjęcie budowy szpitala ogólnego miejskiego, przytułków położniczych, sanatoryum ludowego dla gruźliczych.

4) W. Chodźko (Kochanówka). **Stan opieki nad umysłowo chorymi w Królestwie Polskiem.** Prelegent stwierdza, że w chwili obecnej zaledwie $^{1}/_{10}$ część umysłowo chorych mieszkańców Królestwa znajduje miejsce w szpitalach psychiatrycznych w kraju; szpitale istniejące nie odpowiadają wymaganiom naukowym. Ofiarność prywatna nie może wydołać rosnącemu wciąż zapotrzebowaniu miejsc. Prelegent wypowiada pogląd, że pod groźbą klęsk i katastrof społecznych, które mogą nastąpić wskutek pozostawienia bez leczenia około 20.000 obłąkanych mieszkańców Królestwa, należy pragnąć niezwłocznego wprowadzenia w kraju szerokiego samorządu miejskiego i wiejskiego, opartego na demokratycznej ustawie wyborczej. Sprawami zdrowotności publicznej powinna zarządzać instytucya centralna na wzór byłej Rady głównej opiekuńczej zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskiem, albo Assistence publique we Francyi, z organem specyalnym do spraw opieki nad umysłowo chorymi. Każda gubernia Kró-

lestwa powinna otrzymać przynajmniej po jednym szpitalu dla umysłowo chorych na 700 łóżek, obejmującym oddziały dla umysłowo chorych uleczalnych, kolonie robocze i rolnicze, oddział opieki rodzinnej, oddział dla niezamożnych chorych nerwowych i ambulatoryum dla chorych nerwowych, umysłowych i alkoholików. Należy stworzyć na terytoryum Królestwa Towarzystwo pomocy dla niezamożnych umysłowo chorych, wychodzących ze szpitali, pożądane jest tworzenie Towarzystw wzajemnej pomocy, ubezpieczających od wypadków chorób umysłowych na wzór stowarzyszenia w Norymberdze. Nowo budowane zakłady prywatne dla umysłowo chorych powinny być obliczane na znaczną ilość łóżek, zaopatrzone w urządzenia komfortowe kosztem Towarzystw akcyjnych, w tym celu zawiązanych. W celu opracowywania podstaw naukowych szpitalnictwa psychiatrycznego nawołuje prelegent do szybkiego utworzenia Towarzystwa neurologiczno-psychiatrycznego. Wnioski prelegenta zgodnie z jego żądaniem będą przekazane komisyom stałym Zjazdów lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego, oraz Zjazdów neurologów i psychiatrów polskich.

5) J. Brudziński (Warszawa). **Współczesne szpitalnictwo dziecięce.** Po krótkim rysie historycznym rozwoju szpitalnictwa dziecięcego u nas i gdzieindziej wskazuje prelegent na konieczność uwzględnienia w budowie i urządzeniu szpitali dziecięcych specyalnych urządzeń dla uniknięcia zakażeń wewnątrzszpitalnych. Źródłem tych zakażeń jest ambulatoryum, dlatego powinno ono być odpowiednio urządzone, posiadać sortownie chorych, kilka separatek w postaci oddzielnych pokoików, czy też boksów. Drugiem źródłem zakażenia są przypadki podejrzane, dlatego też takie przypadki muszą przejść przez t. zw. stacyę obserwacyjną. Prócz tego powinny być urządzone specyalne pawilony dla poszczególnych chorób zakaźnych. Zarówno na oddziałach chirurgicznych, jak i na oddziałach zakaźnych, powinna być urządzona pewna liczba t. zw. boksów i pokoików — separatek dla osobniczego izolowania chorych. Jako źródło zawlekania chorób zakaźnych powinno być również unormowane i ograniczone odwiedzanie chorych i odbywać się na oddziałach zakaźnych tylko z zewnątrz. Przy szpitalach dziecięcych powinna istnieć stacya dla chorych niemowląt. Mówca nawołuje lekarzy prowincyonalnych do zajęcia się sprawą budowy szpitali dziecięcych na wzór Łodzi i Lublina.

W dyskusyi zabierali głos kol. Szczepaniak i Zawadzki.

6) S. Bronowski (Warszawa). **O stanie materyalnym lekarzy Królestwa polskiego (na zasadzie odpowiedzi na kwestyonaryusz) i o środkach poprawy tego stanu.** (Rzecz drukowana w »Przeglądzie lekarskim«).

7) A. Jarosiński (Sterdyń). **Stanowisko i byt lekarza na prowincyi.** Ideałem lekarza jest lekarz wiejski, który, o ile jest człowiekiem idei, może szerzyć wśród ludu postęp i kulturę. Pożądanem jest, by w kraju naszym, gdzie ciemnota ludu jest znaczna, lekarze osiadali na wsi w celu walki z przesądami. Zbyt wielu lekarzy osiada w Warszawie, gdzie przypada 1 na 1000 ludności, na prowincyi zaś przypada 1 na 13,000, a są i takie powiaty, gdzie wypada 1 na 30,000, lub 1 na 40,000 ludności. Dużo jest powodów stronienia lekarzy od prowincyi, a mianowicie: 1) lekarz jest stałem pogotowiem ratunkowem, 2) pracuje pośród otoczenia mało kulturalnego, 3) zarabia niewiele, 4) jest narażony na niebezpieczeństwo zarażenia się chorobą zakaźną i wcześnie umiera, 5) lekarz prowincyonalny, pozbawiony dobrze urządzonych szpitali i bliższej styczności z ruchem naukowym, pozostaje całe życie lekarzem mniej sprawnym, lekarzem drugiego rzędu. W życiu lekarza wiejskiego są i jasne strony; za takie uważa prelegent blizkie obcowanie z naturą, blizką styczność z ludem, oraz przekonanie o ważności swego posłannictwa. Nieszczególne warunki bytu lekarza prowincyonalnego wypływają z ogólnego ubóstwa kraju; nie mogąc ich znieść, lekarze powinni dążyć do polepszenia tych warunków. Obowiązkiem lekarza jest: 1) podnieść poziom swego wykształcenia zawodowego, 2) współdziałać w tworzeniu kas samopomocy i 3) brać żywy udział w podnoszeniu zdrowotności kraju i we wszelkim ruchu kulturalnym.

8) A. Szczepaniak (Radom). **O zawodowem zespoleniu lekarzy.** Zmiana w stosunkach społecznych, oraz w zapatrywaniach na wartość pracy lekarskiej zmusza nas do prostowania fałszywych pod tym względem poglądów. Ogół dostrzega jedynie jednostki, które zdobywszy praktykę, zdobyły i zasoby, nie widzi zaś, że większość lekarzy żyje ze swej pracy z dnia na dzień i nie może zabezpieczyć ani sobie, ani rodzinie spokojnego jutra. Skoro lekarz pracuje z narażeniem swego życia nad ratowaniem innych, skoro obowiązany jest spieszyć z pomocą każdej chwili dnia i nocą, ma on prawo wymagać należytego wynagrodzenia za swą pracę. Lekarzowi nie wolno uchylać się od obowiązków społecznych, odmawiają oni jednak komukolwiek prawa do zwalania całego ciężaru filantropii na swe barki. Chęć należytego służenia społeczeństwu swą wiedzą i pracą, współdziałania z ogółem w pracy społecznej, wreszcie przeświadczenie o potrzebie poprawy stosunków koleżeńskich nakazują nam zrzeszyć się w celu podniesienia moralnej, intelektualnej i materyalnej kultury wśród ogółu lekarzy, oraz w celu zwiększenia wydajności pracy naszej dla zadośćuczynienia obowiązkom społecznym. Mowca proponuje: 1) W celu moralnego podniesienia znaczenia swego w oczach ogółu uregulować stosunki między sobą, wypływające z wspólnej pracy zawodowej, przez wzajemne omówienie i przyjęcie pewnych reguł postępowania. 2) W celu zabezpieczenia się od wyzysku osób i instytucyi ustanowić obowiązującą skalę wynagrodzenia, którą wszyscy dla wiadomości ogółu winniśmy wywiesić w swych poczekalniach. Rozszerzeniem tych dwóch punktów jest regulamin, przyjęty przez Tow. lekarskie radomskie, a zaprojektowany przez prelegenta. Stosunki lekarzy wzajemne do siebie i do pacyentów powinny być regulowane przez Towarzystwa lekarskie, za przykładem Tow. lekarskiego radomskiego i innych.

9) J. Zawadzki (Warszawa). **W sprawie bytu lekarzy. Kasy przezorności i oszczędności.** Sprawa zabezpieczenia bytu materyalnego lekarzy nie może zejść z porządku dziennego, gdyż byt ten pogarsza się stopniowo. Zarobki lekarzy są na ogół mniejsze, a środki życia coraz kosztowniejsze. Stąd coraz więcej lekarzy zostawia swe rodziny bez zabezpieczenia. Istniejąca przy warsz. Tow. lekarskiem Kasa zapomóg, jako oparta na zasadach filantropii, nie odpowiada zadaniu, jest zresztą zbyt małą instytucyą pod względem finansowym, aby mogła zadowolić najskromniejsze wymagania lekarzy. Pozostają dwa typy, oparte oczywiście na samopomocy: kasy pożyczkowo-oszczędnościowe i przezorności. Typ pierwszy: Kasa, założona przed 12 laty w Warszawie, ma dotąd zaledwie stu kilkudziesięciu członków. Celem jej — tylko gromadzenie oszczędności i wydawanie członkom pożyczek. W ciągu 12-lecia Kasa zdołała ugruntować się, ale dalszy rozwój zależy wyłącznie od powiększenia liczby członków. Kasa staćby się mogła dla lekarzy bankiem, mogłaby obracać znacznymi funduszami, gdyby zapisali się do niej wszyscy lekarze choćby z Królestwa. Bank taki mógłby przynieść nieocenione usługi lekarzom, pozbawionym kredytu w chwilach nieraz najtrudniejszych. Drugi typ, kasy przezorności z podziałem na kapitał oszczędnościowy i przezornościowy, o tyle ma wartość, o ile członek ma płacodawcę wnoszącego pewną sumę na kapitał B., przezornościowy; w stosunkach lekarskich wartości ten typ kasy nie posiada, a przynajmniej nie większą, niż kasa czysto oszczędnościowo-pożyczkowa. Oparcie przyszłości na oszczędności osobistej jest najpewniejsze, o tyle jednak, o ile lekarz nie umrze zbyt wcześnie, lub zbyt wcześnie nie utraci zdolno-

ści do pracy. Co się tyczy ubezpieczeń na życie, są one ryzykiem, opartem na olbrzymich zyskach Towarzystw. Dlatego też wszędzie starają się tworzyć kasy emerytalne, oparte na samopomocy. Podobną instytucyę posiadamy w kraju pod nazwą Stowarzyszenie emerytalne. Warunki są dostępne dla lekarzy i pozwalają na zabezpieczenie emerytury, pensyi wdowiej i sierocej, posagów dla dzieci i funduszu pogrzebowego. Grupowe wstąpienie znacznej liczby lekarzy pozwalałoby na wywarcie wpływu na zarząd stowarzyszenia i uzyskanie odpowiednich ustępstw. Poza tem lekarz powinien ubezpieczyć się od wypadku, a co ważniejsza — należy stworzyć Kasę chorych lekarzy na wzór Kasy przy b. Stowarzyszeniu lekarzy polskich (oraz na wzór Kasy pomocy lekarzy w Łodzi, [przyp. sekretarza] i Kasy chorych przy Izbie lek. we Lwowie. [Przyp. red.]). Z zawodu swego myśląc stale o doli bliźnich, dotąd zbyt mało myśleliśmy o sobie; czas o tem pomyśleć. Mowca ma nadzieję, że I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych stanowić będzie erę w naszych stosunkach pod tym względem.

Dyskusya: Ant. Kędzierski zgadza się na pierwszą część odczytu kol. Bronowskiego, nie sądzi, by walka z aptekarzami i urządzanie apteczek domowych, oraz utworzenie stanowisk lekarzy gminnych mogło zaradzić złemu. Wynagrodzenie lekarzy, zarówno jak każde inne, reguluje się popytem i podażą; umowy niewiele pomogą, bo lekarz musi konkurować nie z lekarzami, lecz z partaczami; dziś się już nie opłaca finansowo podrywać zaufanie do kolegów, bo jest to szkodzenie własnemu choremu, a wszak naszą zasadą jest »primum non nocere«. Dola lekarza na prowincyi jest rzeczywiście tragiczną, ale kwilenie świadczy o słabości i nic nie pomaga. Pomódz mogą jedynie najszersze zrzeszania się. Mówca jest za utworzeniem Kasy emerytalnej, jeżeli warunki na to pozwolą; tymczasem nawołuje do zakładania Towarzystw oszczędnościowych, jak radzi kol. Zawadzki.

Kol. Zaleski z powodu odczytu kol. Jarosińskiego zaznacza, że położenie materyalne lekarza na prowincyi, jakkolwiek nie jest zadowalniające, znacznie się poprawiło w porównaniu z tem, co było lat temu 20 lub 30. Stan kulturalny i materyalny ludu podniósł się; lud leczy się chętniej i płaci lepiej. Wzruszający obrazek lekarza prowincyonalnego, narysowany przez prelegenta, należy do minionej przeszłości. Być może znajdzie się gdziekolwiek w kraju podobny stan rzeczy, ale chyba jako wyjątek. Dostateczny zasób wiedzy i wytrwałość muszą wyrobić lekarzowi zawsze warunki istnienia.

Kol. Garbaczewski proponuje, aby w stosunkach między lekarzami używać zwrotu »kolego«, jak to czynił Prof. Chałubiński i inni.

Kol. Skalski w sprawie odczytu Bronowskiego zaznacza, że liczba lekarzy w Warszawie jest wyższa od 700, jaką podaje prelegent. Uważa za mylne zdanie Bronowskiego co do nizkiego poziomu etyki lekarskiej w Łodzi. Na poparcie swego zdania przytacza opinię kol. Brudzińskiego, który w jednem z przemówień na obecnym Zjeździe podnosił dobre stosunki panujące wśród lekarzy łódzkich.

Prof. Ciechanowski przedstawia stosunki bytu lekarzy galicyjskich, stwierdzając, że w ogólnym zarysie mają one bardzo wiele analogii ze stosunkami lekarzy prowincyonalnych w Królestwie tak, jak je przedstawił kol. Jarosiński. Obraz ma tesame światła i cienie, tylko co do dochodów wypada w pomniejszeniu, mianowicie średni i minimalny dochód lekarza w Galicyi jest mniejszy, niż w Królestwie; ale tak samo warunki bytu — materyalne i moralne — są różne w różnych częściach kraju, zależnie od poziomu, kultury i stanu ekonomicznego ludności w tym, lub innym powiecie. Daleko idąca analogia stosunków lekarskich w Galicyi i Królestwie stwarza analogię i co do programu i sposobu działania. Dla poprawy bytu i warunków pracy lekarzy jedną z najważniejszych dróg jest zrzeszanie się, jak to się okazało praktycznie w Galicyi (Związek krajowy lekarzy galicyjskich, ustanawianie taryf lekarskich, zatwierdzanych przez Izby lekarskie), przestrzeganie etyki lekarskiej i podnoszenie kultury ludności. Mowca popiera myśl przygotowywania młodych lekarzy do praktyki prowincyonalnej. Co do zabezpieczenia na starość i bytu rodzin, to w Galicyi doszli lekarze do przekonania, że założenie własnych kas emerytalnych jest obecnie niemożliwe (badania, przeprowadzone przez Izby lekarskie); dlatego mowca popiera wywody kol. Zawadzkiego o kasach oszczędnościowo-pożyczkowych.

Kol. Goldenberg w odpowiedzi kol. Zaleskiemu z naciskiem zaznacza, że obrazek naszkicowany przez kol. Jarosińskiego jest zgodny z prawdą jeszcze i teraz. Wielu kolegów w małych miasteczkach zarabia około $1^1/_2$ tysiąca rubli rocznie. Mowca proponuje udzielanie zapomóg młodym lekarzom na dalsze studya po ukończeniu uniwersytetu.

Kol. Pełczyński: Obraz, narysowany przez kol. Jarosińskiego i potwierdzony przez Goldenberga, jest zupełnie prawdziwy. Mówca pracował przez lat 12 wśród szlachty zagonowej i zarabiał od 1200—1500 rbs. Popyt na lekarzy na prowincyi jest mały z dwu przyczyn: małego przygotowania lekarzy osiadających na prowincyi i nieznajomości psychologii ludu i wynikającej stąd nieufności do lekarzy.

Kol. Bronowski, odpowiadając oponentom, nawołuje, by lekarz, pochodzący ze wsi, osiadał na prowincyi, lekarz zaś urodzony w mieście, niech w mieście pracuje. Zdaniem mówcy będzie to korzystniej dla lekarzy i otoczenia. Kol. Kędzierskiemu odpowiada, że nie radzi walczyć z aptekarzami, a apteczki domowe zaleca w celu umożliwienia korzystania biednej ludności z lekarstw. Nie zaleca prócz tego kolegom prowincyonalnym udzielania wielkiej liczby porad bezpłatnych i nawołuje do utworzenia stanowisk lekarzy gminnych i okręgowych. Z Prof. Ciechanowskim prelegent się w zupełności zgadza. Kol. Skalskiemu odpowiada, że wnioski swoje co do poziomu etyki wśród lekarzy łódzkich oparł na wynikach ankiety, nie odpowiada więc za ich treść.

Kol. Fidler wskazuje na konieczność utworzenia Kasy emerytalnej dla lekarzy Królestwa Polskiego; w tym celu należy zebrać materyał i przygotować odpowiedni memoryał dla przyszłego Zjazdu lekarzy prowincyonalnych Królestwa.

Zabierali nadto głos kol. Okuszko i Chodźko.

10) Br. Sawicki (Warszawa). **W sprawie kształcenia młodych lekarzy.** Poziom wiedzy lekarskiej zależy od wielu czynników. Najważniejszymi są: szkoła lekarska, szpitale, Towarzystwa lekarskie, oraz organizacya kursów praktycznych dla młodych lekarzy. Wielki wpływ wywiera na poziom wiedzy lekarskiej szkoła, wpływa ona przedewszystkiem na ich przygotowanie do działalności. Zasób wiadomości praktycznych, z jakim pokolenie mowcy i jego następcy opuszczali ławy uniwersyteckie, był nadzwyczaj ubogi, tembardziej, że uniwersytet warszawski przez długie lata nie posiadał klinik ginekologicznej i ocznej. Słowem nasz lekarz po otrzymaniu dyplomu jest znacznie słabiej przygotowany do pracy praktycznej, niż kolega jego z Zachodu. Towarzystwa lekarskie na prowincyi mało dać mogą wobec swej małej żywotności i z małymi wyjątkami wiodą żywot suchotniczy. Jeśli nie mogą one czynić doniosłych odkryć naukowych, to kilka referatów zbiorowych lub spostrzeżeń kazuistycznych może zapełnić jeden lub dwa wieczory na miesiąc. Prelegent proponuje utworzenie w Warszawie kursów praktycznych dla lekarzy, które w Niemczech rozwinęły się znakomicie. Kursa, zainicyowane i parę lat trwające w Krakowie, zostały zwinięte dla braku słuchaczy. Przedstawiwszy w ogólnych zarysach sprawę szpitali na Zachodzie, prelegent wyraża zdanie, że szpitalnictwo i pomoc lekarska u nas są nad wyraz opłakane

i podaje projekt przyszłej organizacyi asystentów szpitalnych na zasadach następujących: 1. Połączenie obowiązków asystentów oddziałowych z obowiązkami obecnych lekarzy miejscowych. 2. Zapewnienie asystentom odpowiedniego utrzymania. 3. Równomierne rozmieszczenie asystentów po oddziałach. 4. Unormowanie ich pracy tak, by zajęcia ich nie przeszkodziły pracy na oddziałach. 5. Wprowadzenie do szpitali tych urządzeń, które są potrzebne ze względu na leczenie chorych, oraz na potrzeby asystentów. W roku zeszłym wskutek usilnych starań kuratora i lekarza szpitala św. Trójcy Ministeryum spraw wewnętrznych zgodziło się na utworzenie etatowej posady asystenta chirurga z płacą 500 rb. i prawami służby państwowej. Nominacya ta może być wzorem dla innych.

11) Lidmanowski K. (Zagórowo). **Organizacya pomocy lekarskiej dla ludu.** Wobec braku celowej organizacyi pomocy lekarskiej dla ludu w naszym kraju powinni lekarze prowincyonalni, szczególnie zamieszkali po osadach i mniejszych miastach, gdzie niema szpitali, pomyśleć sami o stworzeniu chociażby w najętym umyślnie domu czasowego przytułku dla chorych wieśniaków, nie mających możności leczenia się u siebie w domu. To ułatwi w przyszłości powstanie małych szpitalików, które jedynie mogą naszemu wieśniakowi nieść rzetelną pomoc w jego chorobie.

W dyskusyi zapytuje kol. Koszutski o stronę finansową projektowanych »szpitali-mieszkań«, obawia się bowiem, że tworzenie ich może wymagać ofiar finansowych ze strony lekarza.

Kol. J. Zawadzki sądzi, iż po pewnym czasie istnienia lecznicy wiejskiej bez legalizacyi dla wypróbowania ludności, należy lecznicę zalegalizować. Każdy lekarz ma prawo otworzyć lecznicę i zawiadamia o tem władzę gubernialną. Przepisanie następnie lecznicy na gminę lub jednostkę ziemską będzie łatwe. W końcu żąda z naciskiem, aby włączyć tę myśl do postulatów Zjazdu.

Kol. Nowakowski żąda wyjaśnienia podstawy prawnej zakładania szpitalików; obawia się, że w niektórych powiatach można spotkać trudności ze strony władz powiatowych, powodowanych obawą o los szpitali powiatowych.

Kol. Idzikowski sądzi, że zakładanie lecznic po miasteczkach jest pierwszym etapem do organizacyi naszych szpitali i posiada doniosłe znaczenie. Lecznica powinna uwzględniać przeważnie chorych chirurgicznych. Do zakładania takich lecznic nie powinny zrażać ani trudności odosobnienia chorych, aseptyki, ani koszta. Pierwsze zależą całkowicie od lekarza kierującego lecznicą, drugie znajdą się i opłacą sowicie w miarę zdobycia zaufania przez lekarza.

Kol. Godlewski: Szpitaliki prywatne oddają ludności wiejskiej rzetelną usługę. Nadają się do nich chorzy, wymagający zabiegów chirurgicznych, po nagłych wypadkach, oraz chorzy nerwowo lub inni, wymagający usunięcia z otoczenia domowego.

12) K. Okuszko (Praszka). **Zadanie lekarza w przedsiębiorstwach wielkiego przemysłu przy obecnej organizacyi pomocy lekarskiej.** Usunięcie wielu braków obecnej pomocy lekarskiej jest w mocy lekarza fabrycznego. Większość lekarzy fabrycznych jest przeciążona pracą, wynika to wskutek niedostateczności personalu, oraz bezpłatnej pomocy lekarskiej, z czego korzystają symulanci. Ambulatorya fabryczne nie posiadają wielu niezbędnych narzędzi. Szpitale fabryczne pozostawiają wiele do życzenia. Higieniczna strona działalności lekarza fabrycznego, polegająca na nadzorze nad czystością ubikacyi fabrycznych, łaźni, ustępów, studzien, na zapobieganiu szerzeniu się epidemii przez szczepienia ochronne, izolacyę chorych, odkażanie mieszkań, jest niemal zupełnie zaniedbywana przez lekarzy fabrycznych. Wynika to z braku energii i przepracowania lekarzy fabrycznych, oraz oporu przemysłowców. Wszystkie te trudności nie powinny powstrzymać lekarza od dążenia do sumiennego spełniania obowiązków. Pomoc lekarska dla pracowników przemysłowych powinna być zorganizowana tak, by przy możliwej oszczędności czasu była jaknajbardziej produkcyjną i owocną. W tym celu w porozumieniu z zarządem fabryki i pracownikami powinien być przez lekarza wypracowany pewien regulamin, do którego powinni się stosować wszyscy pracownicy, chcący korzystać z bezpłatnej pomocy lekarskiej. Urządzenie szpitala fabrycznego powinno czynić zadość wymaganiom higieny, zarówno co do wielkości sal, wentylacyi, oświetlenia, jak i urządzenia wewnętrznego. Higieniczna strona działalności lekarza fabrycznego powinna być przezeń traktowana z równą sumiennością, jak lecznicza. Wprowadzenie tych wszystkich reform wymaga od lekarza planowości w działaniu i oryentowania się w sytuacyi. Co do symulacyi, to lekarz powinien starać się ograniczyć ją do minimum. Stosunek do zarządu fabrycznego wymaga dużo taktu, wytrwałości i cierpliwości i taktu przy wprowadzeniu reform. Według tego wzoru została wprowadzona organizacya w Hucie »Częstochowa« dzięki pracy kolegów Michałowicza i Rudzkiego.

W dyskusyi kol. Pełczyński pyta prelegenta, ile godzin dziennie powinien pracować lekarz fabryczny, gdy ma spełniać to wszystko, czego wymaga odeń kol. Okuszko i czy fabrykant zechce odpowiednio wynagrodzić lekarza. — Kol. Tokarski jest zdania, że lekarz fabryczny nie może się wdawać w techniczną stronę zabezpieczenia od wypadków przy maszynach. Rady te mogłyby tylko dyskredytować jego powagę. — Kol Szulc nie podziela zdania prelegenta co do częstości przypadków symulacyi. Na zasadzie 20 lat obserwacyi w Żyrardowie jest on zdania, że daleko częstszą niż symulacya, jest raczej agrawacya. — Kol. Dehnel potwierdza istnienie braków leczenia ambulatoryjnego, wynikające z przepełnienia ambulatoryów przez ludzi właściwie nie chorych. Lekarz fabryczny, zajęty leczeniem, niema wprost czasu na pracę higieniczną. Poprawa stosunków mogłaby nastąpić pod wpływem Towarzystw lekarskich. — Kol. Puterman zaznacza, że metoda Wolff-Eisnera jest obecnie zarzucona, jako zbyt czuła, stwierdza bowiem ogniska gruźlicze już zagojone. — Kol. Skalski zaznacza, że właściwszym byłby termin »służba zdrowia«, nie »oddział lekarski«, jakiego używa prelegent.

13) J. Pełczyński (Radom). **Stan rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego na prowincyi.** Autor przytacza najważniejsze artykuły prawa, dotyczące znawstwa sądowo-lekarskiego, z procedury cywilnej, karnej, oraz ukazu Senatu Rządzącego. Działalność lekarza sądowego składa się z dwu oddziałów: znawstwa na śledztwie pierwiastkowem, oraz znawstwa na śledztwie sądowem. Prelegent rozpatruje szczegółowo oba te działy. Czynności sądowo-lekarskie, zajmujące bardzo wiele czasu, nie są odpowiednio wynagradzane. W końcu referatu autor porównywa stanowisko lekarza sądowego w Austryi, Niemczech i Rosyi. Do poprawy stanu rzeczy konieczne jest 1. podniesienie poziomu wykładów medycyny sądowej, tak co do strony naukowej, jak i praktycznej, przez obsadzanie na katedrach nie teoretyków, ale ludzi, łączących głęboką wiedzę z praktyką sądowo-lekarską, a więc dokonywaniem ekspertyz sądowo-lekarskich w gabinetach medycyny sądowej przez profesorów i asystentów wobec studentów. 2. Stworzenie posad lekarzy sądowych i obsadzanie ich lekarzami, poświęcającymi się tej gałęzi nauki i odpowiednie wynagradzanie za każdą czynność lub ryczałtowo (patrz taksa austryacka); mianowanie biegłymi przez sądy takich lekarzy, którzy wykazali się już znajomością tej gałęzi medycyny, jako asystenci przy katedrze medycyny sądowej, lub pomocnicy lekarzy sądowych; potrzeba aplikacyi sądowo-lekarskiej 3. Urządzenie gabinetów do badań sądowo-lekarskich w miastach uniwersyteckich przy katedrach medycyny sądowej, w miastach gubernialnych przy sądach okręgowych, w innych miastach przy kancelaryach sądów pokoju lub sędziów śledczych.

14) B. Łuczycki (Łódź). **Stan rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego na prowincyi.** Główne przyczyny braków obecnego stanu znawstwa lekarsko-sądowego na prowincyi są następujące: 1) Wzywanie przez sąd lekarzy często nie posiadających odpowiednich kwalifikacyi naukowych i zupełnie nieprzygotowanych do tych czynności. 2) Niesłuszne stanowisko procedury sądowej, według którego znawca niema prawa grać roli czynnej w sprawie. 3) Bardzo nizkie uposażenie lekarzy miejskich i powiatowych, którzy z urzędu spełniają czynność znawców, a wskutek tego pragną jaknajszybciej załatwić bezpłatne czynności, by praktyką prywatną zarobić na utrzymanie. Wskutek tego praca nad udoskonaleniem się w kierunku znajomości medycyny sądowej leży odłogiem. 4) Wadliwości śledztwa pierwiastkowego dla braku osobnych lekarzy sądowych, zaopatrzonych w niezbędne przy badaniu pomoce naukowe, oraz wykonywanie sekcyi w warunkach nieodpowiednich. 5) Wadliwości śledztwa sądowego, wynikające z braków śledztwa pierwiastkowego. 6) Wadliwe postawienie sprawy wykładów medycyny sądowej w uniwersytetach, oraz brak praktycznych zajęć z tej gałęzi wiedzy lekarskiej. 7) Otrzymywanie posad inspektorów lekarskich, oraz lekarzy wiejskich bez konkursu. 8) Zupełna ignorancya prawników w sprawach sądowo-lekarskich. 9) Pozostawienie zbyt wielkich pełnomocnictw sądowi co do rozstrzygania zawiłych spraw sądowo-lekarskich. 10) Nieobznajmienie lekarzy z procedurą i kodeksem. Dla poprawy obecnego opłakanego stanu znawstwa lekarsko-sądowego potrzebne są wielkie reformy, które powinny być przeprowadzone drogą prawodawczą, a mianowicie powinny być utworzone specyalne posady lekarzy sądowych, których rola powinna być mniej zależna od sądu, niż obecnie, powinny być zorganizowane dla lekarzy kursy prawa, procedury karnej, z zakresu uszkodzeń cielesnych, w końcu powinna uledz poważnym zmianom przestarzała ustawa lekarska. Prócz tych reform, wymagających zmian ustawodawczych, należałoby natychmiast przeprowadzić w celu poprawy stanu rzeczy następujące środki: 1) Oddzielenie czynności lekarsko-sądowych od czynności lekarsko-administracyjnych. 2) Urządzenie gabinetów do badań lekarskich w sądach i zaopatrzenie ich w potrzebne narzędzia.

15) J. Zawadzki (Warszawa). **Rola lekarza biegłego w naszych sądach.** Rola lekarza biegłego jest utrudniona u nas wskutek braków postępowania sądowego i braku specyalistów lekarzy, poświęcających się medycynie sądowej. Specyalistą takim nie powinien być lekarz powiatowy lub miejski, obarczony licznymi obowiązkami natury policyjno-zdrowotnej. Wobec braku odpowiedniego przygotowania i zrozumienia ważności swej roli, protokoły oględzin lekarskich są sporządzane przeważnie niedbale. Zwłoki nie są badane dokładnie pod względem anatomopatologicznym, o badaniu mikroskopowem tkanek niema mowy tam, gdzie całe instrumentaryum składa się z narzędzi sekcyjnych. Wyjątkowo w Warszawie oględziny odbywają się w gabinecie medycyny sądowej. Morgi niema na całym obszarze Królestwa. Śledztwem pierwiastkowem kieruje sędzia śledczy, mający słabe pojęcie o medycynie sądowej. Rola lekarza biegłego wymaga wielkiej znajomości medycyny sądowej i procedury. Daje się również odczuwać brak izb do badań sądowo-lekarskich, oraz pracowni. Wobec tego pożądanem jest, aby lekarze, mający styczność z sądami, żądali utworzenia przy każdym sądzie pracowni sądowo-lekarskich, dobrze urządzonej morgi, oraz pokoju do badania chorych. Co do nerwic urazowych, to prelegent żąda odsyłania chorych na obserwacyę i dopiero po wydaniu opinii szpitalnej może być dokonana ekspertyza. Prelegent czyni następujące wnioski: I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych uchwali: 1) aby przy każdym sądzie okręgowym była specyalna izba do badania chorych, zaopatrzona we wszelkie narzędzia do badania potrzebne; 2) aby w przypadkach t. zw. nerwic urazowych wymagać przed wydaniem opinii bezwzględnej obserwacyi 6-tygodniowej w szpitalu lub lecznicy prywatnej. Obserwacya ma być dokonywana przez lekarzy wyznaczanych przez sąd.

W dyskusyi przemawiał kol. Dehnel. Medycyna sądowa zdaniem jego stoi bardzo nizko, mało jest lekarzy w niej wyćwiczonych, wskutek czego opinie są oparte na rutynie. Wykonywanie wszystkich czynności ekspertów sądowych za darmo nie może zachęcić lekarzy powiatowych do pracy. Co się tyczy nerwic urazowych, powstały one na tle prawa z roku 1903, znikają coraz więcej i znikną zupełnie przy normalnych warunkach, gdyż sama nazwa »nerwica urazowa« niewiele mówi. Oznaczanie stopnia uszkodzenia przez lekarzy fabrycznych nie jest pożądane. W Zagłębiu już trzy lata istnieją komisye lekarskie, złożone z lekarzy, wybranych przez Tow. lekarskie. Zadaniem ich jest wydawać orzeczenia co do stopnia utraty zdolności do pracy.

Kol. Idzikowski zaznacza co do referatu kol. Zawadzkiego, że utworzenie gabinetu dyagnostycznego dla znawców przy sądach, oraz możność przeprowadzenia badania i obserwacyi w szpitalu, jakkolwiek są innowacyami wielce doniosłemi, nie mogą jednak być uważane za wystarczające. Sprawy wynagradzania za następstwa wypadków nieszczęśliwych będą traktowane przez sądy bezstronnie dopiero wtedy, gdy prawo pozwoli na przysądzanie odszkodowania warunkowego, względnie da możność dokonania powtórnego badania.

Kol. Luxemburg stwierdza doniosłość sprawy określania niezdolności do pracy po wypadkach. Zdanie lekarza fabrycznego o stanie zdrowia poszkodowanego robotnika stanowi nieodzowną podstawę do określenia stopnia utraty zdolności do pracy. Przy ostatecznem określaniu stopnia owej utraty w razach spornych lub wątpliwych powinny Towarzystwa ubezpieczeń używać na narady lekarzy fabrycznych, płacąc za ich czynności, jak za naradę lekarską. Przed zaopatrzeniem sądów w konieczne urządzenia do badań lekarze nie powinni dokonywać ekspertyz sądowych.

16) St. Skalski (Łódź). **Lekarz fabryczny w roli rzeczoznawcy.** Omówiwszy sprawę znawstwa, gdy chodzi o wypadki przy pracy w fabrykach zagranicą, stwierdza prelegent złe postawienie tej sprawy u nas, gdzie Towarzystwa Ubezpieczeń wymagają od lekarzy fabrycznych ostatecznych orzeczeń co do stopnia utraty zdolności do pracy. Zdaniem mówcy jestto niesłuszne, naraża lekarzy fabrycznych na przykrości, krzywdzić może poszkodowanych. Sprawę tę należałoby przekazać komisyom, złożonym z kilku lekarzy, jak to projektował kolega Sterling na jednem z posiedzeń Koła lekarzy fabrycznych w Łodzi. Biura takie istnieją zagranicą i w Cesarstwie Rosyjskiem. Czynności biura są płatne. Mówca proponuje uchwalenie następujących wniosków: 1) Wydawanie ostatecznych orzeczeń o wynikach uszkodzenia przy pracy nie powinno nadal obowiązywać lekarza fabrycznego, zarówno wtedy, gdy robotnicy danej fabryki są ubezpieczeni w Towarzystwie asekuracyjnem, jak i wtedy, gdy przemysłowiec sam płaci odszkodowanie poszwankowanym robotnikom. 2) W środowiskach fabrycznych powinny powstać biura ekspertyz lekarskich, złożone z kilku członków, mających prawo w razach wątpliwych uciekać się do pomocy specyalistów. Orzeczenia biura mogą być płatne. 3) Uchwały powyższe, dotyczące znawstwa fabrycznego, powinny być zakomunikowane wszystkim lekarzom w Królestwie, oraz przemysłowcom i działającym Towarzystwom ubezpieczeń. 4) Zanim powstaną biura ekspertyz lekarskich, Zjazd nawołuje lekarzy do specyalizowania się w zakresie znawstwa fabrycznego.

W dyskusyi Dehnel przypomina, że w Zagłębiu istnieje od lat trzech biuro ekspertyz lekarskich. — Kol. Luxemburg pyta, w jaki sposób można to zrobić, żeby procentu uszkodzenia nie określali lekarze fabryczni. Tow. ubezpieczeń nie zawsze zniżają przyznany przez lekarza fabrycznego procent, czasami podwyższają go. — Kol. To-

karski mówi, że wprowadził zwyczaj pobierania honoraryów za ekspertyzy, obecnie jednak Towarzystwa ubezpieczeń odmawiają płacenia wynagrodzenia, wobec czego kol. Tokarski odmawia dawania orzeczeń. Mówca zaznacza, że lekarz fabryczny musi dawać ostateczne orzeczenia dla inspekcyi fabrycznej. — Kol. Pełczyński podnosi, że aby uniknąć nieporozumień z zarządami fabryk, należy zaznaczyć w kontrakcie, że wydawanie ostatecznych orzeczeń nie należy do lekarza fabrycznego. — Kol. Skalski godzi się z Pełczyńskim co do konieczności kontraktów z zarządami fabryk. Luxemburgowi odpowiada, że nie zna przypadku podwyższenia odszkodowania przez Towarzystwo ubezpieczeń.

17) S. Skalski (Łódź). **Próba statystyki zdrowia robotników fabrycznych w chwili przyjęcia ich do pracy.** Mówca sądzi, że księgi badania robotników fabrycznych w chwili przyjmowania ich do pracy, mogą być bogatem źródłem do sądzenia o stanie zdrowia ludności, pracującej w większych zakładach przemysłowych w kraju. Już w samej Łodzi od roku 1893, gdy wprowadzono prawo o odszkodowaniach za uszkodzenia przy pracy, badań takich dokonali lekarze do pół miliona. Ponieważ badania te powinny być prowadzone według jednego schematu, stanowią więc jednolity materyał. Na zasadzie będących w posiadaniu mówcy 9200 badań, z których pewną część odrzucono z powodu niedokładności, Skalski wylicza najczęściej spotykane u 5373 osób płci żeńskiej i 3508 osób płci męskiej cierpienia. U kobiet niedokrwistość, zarówno w okresie dojrzewania płciowego, jak po porodach, żylaki stóp i goleni, dzióby po ospie, świerzb, wole, łupież pstry, łuszczycę, oraz jaglicę. U mężczyzn najdonioślejszem cierpieniem są przepukliny, głównie pachwinowe w różnych okresach ich rozwoju. Mówca przedstawił tablicę, z której widać, że u badanych mężczyzn w wieku od lat 12 do 71 znaleziono w 184 przypadkach (5,38%) przepuklinę pachwinową lewostronną lub skłonność do niej; prawostronną zaś w 135 przypadkach (3,84%), obustronną wreszcie stwierdzono w 844 przypadkach (20,05%). Ogółem zatem niemal $^1/_3$ część (33,15%) badanych robotników miała skłonność do przepukliny pachwinowej, co w warunkach pracy fabrycznej mogło dać sporo przypadków uwięźnięcia. Mówca jest zdania, że sprawa ta domaga się uregulowania, bo przemysłowcy z obawy płacenia odszkodowania, niechętnie przyjmują takich robotników. W celu dokładnego wyjaśnienia sprawy przepuklin, oraz wielu innych, związanych ze zdrowotnością ludności pracującej w kraju, proponuje prelegent uchwalenie następującego wniosku: Wobec małej liczby danych statystycznych, dotyczących stanu zdrowia ludności w Królestwie, pożądane jest wyszukiwanie i opracowywanie takich danych, które są już w rozporządzeniu lekarzy. Do tej kategoryi zaliczyć należy obfity materyał co do stanu zdrowia robotników, przyjmowanych do pracy w fabrykach. W samej bowiem Łodzi dokonano oględzin około pół miliona od r. 1893 do ostatniej chwili.

W dyskusyi zabierali głos Tokarski i Luxemburg.

18) Fr. Mieczyński (Chorzele). **Z zagadnień etyki zawodowej.** Prelegent podaje krótki rys literacki sprawy, przytaczając Biegańskiego, następnie mówi o dwu palących zagadnieniach: w sprawie świadectw i synekur lekarskich. Mowca jest zdania, że stwierdzenie własnym podpisem tego, czego się nie widzi, orzekanie o tem, co nie jest zgodne z rzeczywistością, równa się oszustwu. Na potwierdzenie swych słów przytacza mowca poglądy Kopczyńskiego, Rzętkowskiego, Markiewicza. Krzywda, jaką się sprawia przez to godności stanu lekarskiego, jest wielka, a to dlatego, że wywiera demoralizujący wpływ na mniej inteligentną publiczność, naraża lekarzy na przykre zajścia z publicznością bardziej inteligentną, świadectwa właściwe i prawdziwe są ignorowane, postępowanie takie obniża godność każdego z lekarzy, wobec tego zasługuje ono na potępienie w celu odzwyczajenia publiczności raz na zawsze od podobnych żądań i uświadomienia jej, że żadne względy nie mogą skłonić nas do stwierdzenia naszem świadectwem tego, czego nie widzimy. Drugą sprawą palącą są synekury lekarskie, licho uposażone, a dobrze opłacające się, gdyż zwykle dobrze bywa wynagradzane uznawanie zdrowych za chorych i odwrotnie. Wreszcie nawołuje mowca prasę lekarską do poświęcania więcej miejsca sprawom etycznym, a Towarzystwa lekarskie do baczniejszej uwagi na te sprawy i proponuje uchwalenie następującego wniosku: W celu utrzymania stanu lekarskiego na wysokim poziomie etycznym, Towarzystwa lekarskie i prasa lekarska powinny poświęcać zagadnieniom etycznym więcej miejsca i czasu, oraz, między innymi, zapobiegać zbyt pochopnemu wydawaniu świadectw, a także potępiać pojedyncze przypadki zarobków nieprawnych, związanych ze świadczeniem i wydawaniem świadectw nieścisłych.

(Dok. nast.).

Ostatnie wiadomości o dżumie w Mandżuryi.

Pisma rosyjskie podają uwagi Dr P. B. Chawkina, bawiącego obecnie w Petersburgu, o dżumie w Mandżuryi, w walce z którą brał on czynny udział od początku epidemii aż do jej wygaśnięcia t. j. do połowy maja nowego stylu. Walka w początkach przy warunkach tamtejszych, nieprzygotowanym personalu sanitarnym, pozbieranym z najprzeróżniejszych żywiołów, jak n. p. ze śpiewaków chórów cerkiewnych, była wprost niemożebną. Z przybyciem następnie lekarzy europejskich warunki zmieniły się na lepsze. Szczególnie należy się uznanie lekarzom rosyjskim, którzy zaczęli się odnosić bardziej po ludzku do Chińczyków, przedtem traktowanych przez Rosyan z pogardą. Ujęci tą zmianą obchodzenia się, Chińczycy zaczęli się zwracać do lekarzy rosyjskich z większem zaufaniem i okazywać im pewną pomoc w walce ze straszną chorobą. Ostatnia epidemia była wyłącznie płucną. Surowica przeciwdżumna okazała się bezużyteczną, przedłużając o dwa razy chorobę, kończącą się zwykle pomimo surowicy śmiercią. Nie dały żadnych wyników dodatnich także i szczepienia ochronne. Straszny odsetek śmiertelności przypadł wśród lekarzy. Ze współpracowników Dr Chawkina zmarło 34. Do jeszcze znaczniejszego zarażania się niższego personalu przyczyniały się strasznie niehigieniczne warunki, wśród których pracowano, przyczem niemógł personal uczęszczać do łaźni, ani brać kąpieli w wannach.

Ostatnie przypadki dżumy zdarzały się w marcu; od tego czasu zaczęła choroba słabnąć, choć trupy zadżumionych walały się jeszcze w maju. Wbrew dość powszechnemu mniemaniu, że podczas epidemii dżumy trupy takich chorych są nieszkodliwe, uważa je Chawkin za materyał nadzwyczaj zakaźny. Na potwierdzenie tego przytacza on cenne spostrzeżenia Dra Oskanowa. Oskanow szczepił świnkom morskim wyciąg z much, latających nad trupami zadżumionych; świnki ginęły z dżumowego zakażenia krwi, a z faktu tego wyprowadza Chawkin wnioski o poważnem niebezpieczeństwie wznowienia się epidemii w jesieni. Pomimo że związek zachodzący pomiędzy epidemią dżumy w Mandżuryi, a chorobą bobaków (tarbaganów) jest stwierdzony, jednakże dotąd nie udało się w Mandżuryi spotkać bobaka, dotkniętego tą chorobą. Chawkin, idąc za licznymi głosami, począwszy od pierwszych przypadków dżumy w Zabajkalii i w Mongolii w r. 1891, domaga się wysłania osobnej ekspedycyi do Mandżuryi dla zbadania »choroby tarbaganiej«.

Według danych urzędowych zmarło w czasie ostatniej epidemii w Mandżuryi 46 tysięcy osób; Chawkin liczbę tę podnosi półtora razy wyżej. Jak zwykle przy epidemiach,

a tem więcej przy epidemii dżumy w kraju niekulturalnym, dowiedziano się o dżumie późno i dlatego walkę z nią rozpoczęto nierychło. Pierwsze przypadki dżumy pojawiły się jeszcze w sierpniu r. 1910, a istnienie dżumy urzędownie uznano dopiero w październiku tegoż roku. Niemałe znaczenie dla rozszerzania choroby miało niewątpliwie wysłanie Chińczyków z Charbina. Co do znaczenia międzynarodowej konferencyi przeciwdżumowej w Mukdenie, w której Chawkin brał udział jako delegat rządu chińskiego, to wątpi on, aby odniosła pożądany realny skutek, gdyż Chiny nie wypełnią zaleconych środków, ponieważ rezolucyc konferencyi nie były dotąd w Chinach opublikowane i są lekceważone.
J. Talko-Hryncewicz.

Wiadomości bieżące.

Kraków. XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich zgromadził około 1300 uczestników, wśród nich grono przedstawicieli świata lekarsko-przyrodniczego innych narodów słowiańskich, a pod względem naukowym i towarzyskim powiódł się świetnie. Znaczna część przybyłych na Zjazd lekarzy uczestniczyła w jubileuszu naszego pisma. Obszerniejsze wiadomości odkładamy do następnego zeszytu.

— Prezydyum miasta zamianowało lekarzami szkolnymi doktorów: Filipkiewicza, Gettlicha, Grażyńskiego, Klęska, Korolewicza, Kramarzyńskiego, Landaua, Liebermana, Merza, Poźniaka, Rzegocińskiego i Staszewskiego. Lekarze ci obejmą w miejskich szkołach ludowych i wydziałowych urzędowanie z dniem 15 sierpnia. Załatwienie tej ważnej sprawy jest wielką zasługą miasta, czemu dał wyraz także XI. Zjazd lekarzy i przyrod. polskich na pierwszem ogólnem swem posiedzeniu.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Henryk Leuchter, p. Fryda Censerówna, pp. Józef Dębnicki i Stanisław Margulies.

— Wybory do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbyły się w dniu 8 lipca przy niebywałem dotąd zainteresowaniu lekarzy we Lwowie i w całej wschodniej części kraju. Przed trzema laty udział wyborców lwowskich w głosowaniu był słaby, gdyż z 270 uprawnionych zaledwie 88 głos oddało. W tym roku z pośród 280 uprawnionych, przeszło 250 lekarzy lwowskich oddało kartę głosowania. Były dwie listy kandydackie, z których zwyciężyła według wiadomości dziennikarskich lista, mieszcząca nazwiska drów: Festenburga, Mikołajskiego, Papéego i Ziona. Na zastępców członków Izby wybrani zostali we Lwowie: dr Meisels, doc. Zalewski, Dr Kielanowski i Dr Danielski. Z prowincyi niema jeszcze dokładnych informacyi, gdyż skrutynium odbędzie się dopiero za kilka tygodni, gdy wszystkie akta wyborcze nadejdą ze starostw i Magistratu lwowskiego do Namiestnictwa, a stąd do prezydyum Izby lekarskiej.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie J. W. P. Profesorowi Haškovecowi z Pragi za ofiarowane Bibliotece cenne książki, wśród nich zbiór prac własnych.
Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Nr 5 »Przeglądu zdrojowo-kąpielowego i Przewodnika turystycznego« zawierają opis wycieczki naukowej Bratniej Pomocy Medyków Uniw. Jagiell. po zdrojowiskach galicyjskich, opatrzony uwagami Prof. Bujwida. Zeszyt ten po cenie 50 hal. za egzemplarz nabywać można w Biurze wydawnictw Pol. Tow. Baln. Kraków, Batorego 1. (od 3 do 7 pop).

— U portyera w domu Towarzystwa lekarskiego w Krakowie (Radziwiłłowska 4) są — wedle znajdującego się tamże spisu — liczne książki i broszury lekarskie, jakoteż narzędzia, instrumenta i przybory lecznicze — bardzo tanio do sprzedania.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. VII. do 15. VII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 6 † — (— † —), ospy wietrznej 3, płonicy

17 † 6 (10 † 5), odry 6 † 1 (1 † —), duru brzusznego 2 † 1 (2 † 1), czerwonki 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Zakład w Karolinie, zbudowany przez Towarzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi, został uroczyście otwarty 16. b. m. Przy otwarciu przemawiali prezes Towarzystwa p. Wasiutyński, prezes komitetu budowy Dr Ludwik Dydyński i dyrektor zakładu Dr Władysław Jarecki.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Skutki Szaraticy przy leczeniu biegunek letnich tak u dzieci, jak u dorosłych, świadczą o znacznej siły odkażającej tej czeskiej naturalnej wody gorzkiej. Boleści i parcie na stolec ustają zupełnie. Lekarze czescy zamiast kalomelu przepisują i u dzieci gorzką wodę Szaraticę: i tak Dr Kuczera w Zabrzegu użył Szaraticy ze skutkiem u niemowlęcia mającego dopiero pięć dni.

Dzięki zaletom tej wody wywóz Szaraticy podniósł się za pierwsze półrocze 1911 o 17.400 flaszek w porównaniu z tą samą porą w przeszłym roku.

Literaturę i próbki przesyła bezpłatnie Zarząd Szaraticy w Krzenowicach na Morawach.

Rada wyznaniowa Gminy izraelickiej w Krakowie rozpisuje niniejszem

Konkurs

na posadę **prymaryusza** dla oddziału chorób wewnętrznych przy szpitalu izraelickiem w Krakowie z płacą 1.200 Kor. rocznie. 428

Regulamin szpitala i instrukcye służbowe przeglądnąć można w sekretaryacie Gminy izraelickiej w Krakowie ul. Krakowska 45 gdzie należy wnieść podanie udokumentowane najpóźniej do dnia 15 września 1911 r.

Posada ta będzie na razie nadaną prowizorycznie na jeden rok, po upływie którego może nastąpić stabilizacya.

Kraków, dnia 6 lipca 1911 r.

Prezydyum Rady wyznaniowej Gminy izrael. w Krakowie.